Nr. 41. 11. października 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O roli kiły w etjologji rozstrzeni oskrzelowych u dzieci.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lek. Nacz.: Prof. Dr. Władysław Szejnach.

W r. 1924 w Pedjatrji Polskiej a w r. 1926 w Polskiej Gazecie Lekarskiej ogłosiłem dwa przypadki rozstrzeni oskrzelowych u dzieci kiłowych. W obu przypadkach przypisywałem kile rolę pośrednio usposabiającą do rozwoju rozstrzeni — a mianowicie w związku z dążnością krętka do procesów marskich, które na terenie płucnym łatwo prowadzą do rozstrzeni oskrzeli. Aby proces taki mógł się rozwinąć, potrzebny jest czynnik bezpośredni, którego prowokacyjna rola jest równie ważna. Czynnikiem bezpośrednim jest zakażenie, jakiem w wieku dziecinnym najczęściej jest kokluszowe zapalenie płuc.

W artykule swoim w Polskiej Gazecie Lekarskiej, w Revue Franç. de Pédiatrie 1926 i w Schweiz. Mediz. Woch. 1927, poddałem dyskusji pracę Armanda Delile „o etjologji rozstrzeni oskrzelowych u dzieci" i starałem się wykazać na jego własnym materjale, jak wybitną, a niedocenioną rolę w tej chorobie odgrywa koklusz, którego nawroty są często fałszywie jako gruźlica rozpoznawane —, a które prowadząc do przewlekłego kilkoletniego zakażenia płucnego — stwarzają przez to samo warunki dla rozwoju rozstrzeni oskrzelowych. Jeżeli proces przewlekłego zapalenia płuc kokluszowego toczy się na terenie kiłowym, który z natury usposabia do marskości, to warunki do powstania rozstrzeni oskrzelowych są jeszcze lepsze. Artykuł mój był przyczynkiem do etjologji i patogenezy rozstrzeni oskrzelowych u dzieci i domagał się potrzeby uwzględnienia czynnika bezpośredniego, którym najczęściej jest zakażenie ostre kokluszowe z mozaiką następnych zakażeń wtórnych oraz czynnika pośredniego, którym często jest kiła konstytucjonalna. Zapatrywaniu mojemu przyznał zasadniczo słuszność Duken w monografji swojej o rozstrzeniach w wieku dziecięcym w r. 1928. Od czasu ogłoszenia mojego poglądu, który nie był wolny od wpływu mojego znakomitego mistrza Pospischilla, a równocześnie od wpływu szkoły francuskiej Hutinela, opublikowałem szereg prac, starając się konsekwentnie wykazać niezwykłą, a niedocenioną w pedjatrji polskiej ważność tych dwóch zakażeń dla całej kliniki dziecka.

Przypadki, które poniżej przytaczam poruszają znowu zagadnienie kiły wrodzonej i jej pośrednią rolę w etjologji rozstrzeni oskrzelowych u dzieci. Poruszają one jednak nie tyle marskość kiłową, ile rolę endokrynalną kiły w powstawaniu rozstrzeni oskrzelowych. Poznawanie kliniki kiły wrodzonej musi każdego lekarza naprowadzić na wniosek o potrzebie uwzględnienia ważnej roli zakażenia przez krętek układu naczyniowo-roślinnego i dokrewnego. W pracy swojej w Now. Lek. 1931 o roli kiły w procesach chorobowych, naśladujących przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, starałem się podkreślić znaczenie zakażenia przez kiłę zwojów sympatycznych, czy gruczołów dokrewnych, nietylko dla objawów pseudoapendikularnych, ale także dla różnych postaci coelialgji t. j. bólów brzucha, czy nieżytów grubej kiszki, imitujących neuro-artrytyzm a uleczalnych pod wpływem leczenia przeciwkiłowego.

W myśl teorji Castexa niemały odsetek *colitis* i *pericolitis* ma swoją przyczynę w rozszerzeniu i atonji kiszek, spowodowanej przez niedomogę gruczołów dokrewnych. Rozszerzenie kiszek ma za skutek zastój treści pokarmowej i w następstwie procesy zapalne błony śluzowej czy surowiczej jelit. Jak w przewodzie pokarmowym napięcie *(tonus)*, a w związku z tem zdolność do skurczu i elastyczność ściany żołądka czy kiszek, zależna jest od równowagi układu naczyniowo-roślinnego i dokrewnego, tak samo własności elastyczności układu tętniczego, czy żylnego, czy oskrzelowego stoją w pewnej korelacji z równowagą endokrynalną.

Jakkolwiek rozszerzenie tętnicy *(aneurysma)* i rozstrzeń oskrzeli *(bronchectasis)* są skutkiem i zejściem procesu zapalnego tętnicy, czy oskrzela, to jednak w każdym podręczniku anatomji patologicznej czyta się opinję Peisera, który zwłaszcza w odniesieniu do rozstrzeni oskrzelowych dziecięcych domaga się uwzględnienia także możliwości wrodzonej słabości ścian oskrzelowych, a więc momentu konstytucjonalnego, usposabiającego do schorzenia tkanki elastycznej czyli elastopatji.

W bogatym opisie różnych dystrofij kostnych, anomalij rozwojowych, stygmatów degeneracyjnych, infantylizmów, właściwych typowi konstytucji kiłowej, spotykamy się również z opisem schorzenia tkanki elastycznej, czyli elastopatji, często notowanej u osobników z kiłą wrodzoną. Jak dystrofje kostne, hipotrofje, infantylizmy i t. p. zniekształcenia w konstytucji kiłowej mają swoją genezę endokrynalną — podobnie i elastopatja może być pochodzenia dokrewnego. W teorji Leopolda Lévi'ego chodziłoby w elastopatji o niedomogę przysadki. Szereg autorów począwszy od Sée opisywał elastopatję jako „niedobór dziedziczny", często rodzinny. Tuffier nazywał tę wadę niedoborem tkanki podstawowej, Glenard odnosił do braku tkanki elastycznej ptozy narządów wewnętrznych, Klippel i jego uczeń Buisson wypowiadali się za ogólnym charakterem tego cierpienia, wykazując jak często współistnieją ze sobą różne ptozy, przepukliny, rozstrzeń żołądka, żylaki, rozedma płuc, rozstrzeń oskrzelowa. Godin w ostatniej swojej monografji podał syntezę elastopatji jako dystrofji ogólnej. Nie wchodząc w krytykę teorji Godina, czy Lévi'ego wolno nam zauważyć, że elastopatię, w postaci rozszerzenia tętnic, spotyka się ze szczególną częstością u osobników kiłowych (Heller, Malmsten, Benda, Bauler, Bozzolo, Allan i t. p.). Z drugiej strony żylaki zwłaszcza u osesków na głowie zdobyły sobie od czasu Fourniera znamienną pod względem rozpoznawczym wartość stygmatu kiłowego, a wreszcie częstość rozstrzeni oskrzelowych u osobników kiłowych nie ulega również dla wielu autorów żadnej wątpliwości. Brenas nazywa rozstrzenie oskrzelowe czwartym objawem triady Hutchinsona — kiły wrodzonej u dzieci. Cade i Zambon uzależniają te rozstrzenie od kiły trzeciorzędnej, Letulle i Dalsace, Favre, Hutinel, Lapin, Schlesinger, Sokołowski i inni uznają ich związek etjologiczny z kiłą.

Jeżeli więc w elastopatji wogóle można doszukiwać się na wzór innych dystrofij genezy endokrynalnej — to także w elastopatji miejscowej, jaką jest rozstrzeń oskrzeli, wydaje się sprawą dopuszczalną — śledzenie związku endokrynalnego, zwłaszcza u osobników z kiłą wrodzoną, która jak wiadomo z taką częstością atakuje właśnie układ gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Przypadek 1. Witold M.[1]), 12 miesięcy (Nr. prot. 25891) przybył 29. VII. 1930 do szpitala z powodu choroby gorączkowej, trwającej od 8 dni, wśród wymiotów i złych zielonych stolców. Wywiady rodzinne nie stwierdzają poronień u matki, ani śmierci rodzeństwa. Dziecko jest jedynakiem, matki zdrowej i ojca nałogowego pijaka. Przebywa w złych warunkach mieszkaniowych w barakach dla bezdomnych. Z chorób przebyło koklusz przed 3-ma miesiącami.

Badanie stwierdza zahamowanie wzrostu i obniżenie wagi. Wzrost 68 cm (zamiast 75 cm). Waga: 7.400 g (zamiast 10.200). Owłosienie głowy blond, dość rzadkie. Słabe owłosienie brwi. Obrzęki na kończynach dolnych i na twarzy. Kończyny marzną i sinieją pod wpływem chłodnego powietrza pokojowego.

Wnętrostwo obustronne *(cryptorchismus)*, zresztą brak typowych stygmatów kiłowych. Oddech przyspieszony 48. Tętno 144. Ciepłota do 39.2°. Stłumienie od kąta lewej łopatki ku dołowi, po kaszlu wysłuchuje się po stronie lewej szmer oskrzelowy jamisty i mnóstwo drobnobańkowych dźwięcznych rzężeń i trzeszczeń u podstawy obu płuc. Kaszel wybitnie kokluszowy, konwulsyjny często połączony z obfitemi wymiotami. Brzuch wielki 47 cm, o mięśniach wiotkich, wzdęty, o pępku wysklepionym. Na ścianie brzucha wyraźny rysunek żył rozszerzonych. Stolec śluzowy do 6 razy na dobę, nieobfity, bardzo cuchnący.

Badanie krwi stwierdza leukocytozę do 30.000 białych ciałek. Limfocytoza 56%. Lepkość krwi zwiększona 1:8 (Hess), białka w surowicy 7.59%, czas krzepnięcia 4', czas krwawienia 5'. Odczyn Aldricha 13' przyśpieszony. Cukru na czczo 0.70‰, po obciążeniu glukozą (50 g) w pierwszej godzinie 1.12‰, w drugiej 1.25‰, w trzeciej 0.69‰. Reakcja glikemiczna na skutek obciążenia cukrem wynosiła 0.55‰ zamiast 0.2 — 0.4‰. Próba hemoklasyczna Widala ujemna. Opadanie krwinek 30', przyśpie-

[1]) Przypadek demonstrowany przezemnie na posiedzeniu klinicznem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego dn. 22. X. 1930 r.

szone. Badanie bakterjologiczne plwociny i kału na obecność prątków Kocha ujemne. Odczyn Pirqueta ujemny. Odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgiego we krwi wybitnie dodatni. Odczyn leukocytowy Gouina dodatni. Odczyn Widala ujemny. Posiew krwi i moczu ujemny. Trzykrotne rentgenologiczne badanie płuc zmian nie wykazuje.

Przebieg choroby:

Ciepłota utrzymuje się przez pierwszych 10 dni w granicach nierównych od 37 do 39°. Stan płuc zmienny, ale stale z dodatnim wynikiem badania klinicznego. Przez następnych 8 tygodni dziecko naogół nie gorączkuje, wykazując tylko czasami jedno lub dwudniowe wyskoki ciepłoty, przyczem stan płuc utrzymuje się bez zmian — z dusznością do 48, z tętnem 108. Przez pierwsze 2 tygodnie dziecko leczone codziennemi kąpielami gorczycznemi i aeracją; następnie w miarę zwiększającego się wykrztuszania odstawiono kąpiele i zaczęto kurację przeciwkiłową z początku wcierkami szaruchy, a potem przez podawanie jodu. Oprócz tego dziecko pobierało digalen i werandowało. Stolce dziecka od 6 tygodni wykazują poprawę. Stan ogólny dziecka również znacznie się poprawia. W przeciągu 3 miesięcy przybywa 2 kg na wadze, licząc od zniknięcia obrzęków.

Dnia 16. XI. 1930 r. odchodzi dziecko ze szpitala niewyleczone, ale w stanie poprawy, zabrane za rewersem przez matkę do domu t. j. do baraków. Po 5 dniach wraca do szpitala w stanie ciężkim, z ciepłotą do 40°, z tętnem 180, w spazmach kaszlu kokluszowego, z dusznością 60, z bezsennością i z sinicą. Stan płuc, przy braku stłumienia, wykazuje mnóstwo rzężeń dźwięcznych u obu podstaw. Stolce częste, wolne, śluzowe, cuchnące. W moczu odczyn dwuazowy dodatni, urobilinogen dodatni. Badanie plwociny i kału w kierunku prątków Kocha ujemne. Ponowny spadek wagi do 7.200 g.

Dnia 29. XI. 1930. zejście śmiertelne. Bezpośrednim czynnikiem, powodującym pogorszenie i śmierć, było prawdopodobnie świeżo nabyte w barakach zakażenie „grypowe", sezonowe które „zaostrzyło" dawny proces płucny.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Pertussis — Pneumonia. Bronchectasiae, Colitis, Lues congenita.*

Wykonana 1. XII. 1930 sekcja zwłok (Dr. Półtorzycka) stwierdziła: *Bronchopneumonia, in pneumoniam interstitialem vertens pulmonis utriusque, praecipue lobi inferioris. Bronchectasiae cylindriformes loborum inferiorum, praecipue sinistri. Emphysema vicariens pulmonum. Steatosis myocardii. Dilatatio ventriculi dextri cordis. Venostasis organorum. Infiltratio adiposa simplex focalis hepatis. Adhaesiones pleurae. — Hyperaemia cerebri.*

Kilkakrotnie ujemny wynik rentgenologicznego badania płuc, przy utrzymującym się przez 3 miesiące po stronie lewej szmerze oskrzelowym jamistym, pozwalał na rozpoznanie rozstrzeni oskrzelowej, tak często spotykanego zejścia kokluszowego zapalenia płuc. Wielki brzuch z rozszerzeniem żył, podobnie jak rozstrzeń oskrzeli są wyrazem elastopatji t. j. schorzenia tkanki elastycznej w ustroju.

Przypadek, pozornie banalny, jest pod wielu względami interesujący. Porusza on zagadnienie wymiotów, które obok biegunki kierują dziecko do szpitala. Wymioty te są ekwiwalentem kaszlu w kokluszu, a nie objawem żołądkowym.

Zagadnienie zależności obrzęków i nieżytu kiszek od zakażenia kokluszowego, czy od kiły pozostaje otwartem, bo i jedno i drugie zakażenie jest ich częstą przyczyną.

Sinica, kryestezja, zahamowanie wzrostu i wagi, hipotyroidyzm przy równoczesnym przewlekłym nieżycie okrężnicy i przy wielkim brzuchu, przedstawiać się mogły fałszywie jako objawy konstytucji artrytycznej, podczas gdy w rzeczywistości chodziło o konstytucję kiłową. Ani kiła, ani koklusz nie mogły być w tym przypadku przez anatoma sekcyjnie rozpoznane, bo stanowią fakty tylko kliniczne. Jest to przykład triumfu kliniki nad anatomją patologiczną — jak odwrotnie przykładem triumfu anatoma nad klinicystą był stwierdzony sekcyjnie brak anatomicznego nieżytu okrężnicy, mimo utrzymujących się przez długi okres czasu, objawów biegunki za życia dziecka. Przypadek jest poza tem przyczynkiem do zrozumienia mechanizmu powstawania rozstrzeni oskrzelowych pod wpływem kokluszu na terenie, dotkniętym z powodu kiły konstytucjonalnej elastopatją t. j. schorzeniem tkanki elastycznej.

Przypadek 2. Sura T.[2]), Nr. protok. 26633, lat 11, rasy semickiej, córka tragarza, przybyła do szpitala 9-go listopada 1930 r. z powodu od 4 dni trwającej gorączki do 40° dochodzącej, z powodu kolki w prawym boku i wymiotów. Wywiady stwierdzają przebycie kokluszu w 1-ym roku, odry w 2-gim roku, zapalenia płuc w 3-im roku życia. Od tego czasu dziecko było zdrowe. Dwoje rodzeństwa zdrowych. Matka zdrowa, nie roniła, ojciec lat 47 pobiera pensję inwalidzką z powodu stwierdzonego na komisji w szpitalu wojskowym „rozszerzenia tętnicy głównej na tle miażdżycy".

Dziewczynka, brunetka na swój wiek mała 131 cm (zamiast 138 cm), z odchyleniem wzrostu 5.07%, wybitnie chuda o wadze bardzo obniżonej 18.800 (zamiast 31.500). Skóra silnie owłosiona na grzbiecie, także na policzkach, na częściach obwodowych zimna, na dłoniach i podeszwach mokra. Ciepłota 40.8°. Odczyny tuberkulinowe Pirqueta i Mantoux ujemne. Żyły na tułowiu, na krzyżach, na klatce piersiowej, na brzuchu, na kończynach górnych i na udach wybitnie rozszerzone, tworzą na powłokach brzusznych t. zw. *caput Medusae*. Kościec drobny. Głowa mała, *microcephalia*, w obwodzie 49 cm (zamiast 52 cm). Stawy wolne, mięśnie wiotkie, gruczoły chłonne nie powiększone, tarczyca prawidłowa. Język suchy, obłożony. Powierzchnia języka przedstawia nieregularne bruzdy poprzeczne, które składają się na charakterystyczny obraz t. zw. języka mosznowego — *lingua scrotalis*.

Celem uzyskania kontroli chudości naszej pacjentki ustawiliśmy ją obok zdrowej rówieśniczki tego samego wieku i tej samej rasy i wykonaliśmy fotografję, która oddała kontrast budowy obu dziewczynek.



Ryc. 1.
Chora Sura T. lat 11 postawiona obok zdrowej Leosi G. lat 11. Zdjęcie oddaje chudość naszej pacjentki.

Sura T. (nasza chora)	Leosia G. (zdrowa).
Wzrost 131 cm	140 cm
Waga 18.000 g	40 kg
Obwód głowy 49 cm	54 cm
Obwód szyi 24 cm	31 cm
Obwód ramienia 13 cm	23 cm
Obwód przedramienia 11.5 cm	20 cm
Obwód uda 23 cm	43 cm
Obwód podudzia 16.5 cm	38 cm

Badanie wewnętrzne: oddech przyśpieszony 36, tętno 132. Ponad klatką piersiową po stronie prawej z tyłu od grzebienia łopatki ku dołowi i z boku stłumienie ze wzmożonem drżeniem głosowem, ze szmerem oskrzelowym i z nielicznemi trzeszczeniami dźwięcznemi. Kaszel krótki, pneumoniczny. Śledziona niemacalna.

[2]) Przypadek demonstrowany i omawiany przezemnie na posiedzeniu klinicznem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego dnia 18. III. 1931 i na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 14. IV. 1931 r.

Wzrok, słuch — bez zmian. Dno oka bez zmian. Układ nerwowy wykazuje wybitną pobudliwość afektyczną. Dziecko miewa w czasie pobytu szpitalnego kryzy takiego podniecenia i takich spazmów, że kilkakrotnie musi być usuwane i izolowane ze wspólnej sali szpitalnej.

We krwi: Hemoglob. 68% (Sahli), czerwonych ciałek 4.300.000, białych ciałek 20.600, wielojądrz. obojętnochł. 77%, pałeczk. 3%, limfocytów 16%, monocytów 3%, zasadochł. 1%. Odczyn Wassermanna dodatni (+++); Sachsa-Georgiego dodatni (++). W moczu: odczyn dwuazowy dodatni, urobilinogen obecny, urobilina, aceton obecne, chlorków mało 2.5‰.

Rozpoznanie: *Pneumonia lobi infer. pulm. dextri in individuo heredo-luetico.*

Przebieg choroby: Przez pierwszych 10 dni pobytu w szpitalu dziecko gorączkuje od 39.4 do 40.8°, a przez następny cały miesiąc 39°. W 7-ym dniu choroby, a w 4-ym pobytu — pogorszenie, znaczny niepokój, majaczenie, krzyk przy sinicy i przy tętnie przyśpieszonem 144, przy ciśnieniu 90, lepkości zwiększonej 1:7 (Hess). W 10-ym dniu choroby dokonano nakłucia prawej klatki piersiowej i wydobyto płyn cytrynowy surowiczo-włóknikowy, zawierający w preparacie i w posiewach pneumokoki.

Odczyn Widala, posiewy krwi i moczu w kierunku duru ujemne. Podczas gdy 24. XI. płyn wysiękowy otrzymywany nakłuciem był jeszcze włóknikowy — to 27. XI. uległ już zropieniu. W ropie obecne pneumokoki. Dnia 1. XII. pojawia się po stronie lewej od połowy kąta łopatki ku dołowi stłumienie i tamże przewodnictwo głosowe i drżenie wzmożone przy szmerze oskrzelowym. Szmer oskrzelowy przybiera szybko charakter jamisty, słyszalny zwłaszcza po kaszlu. Dziecko wykrztusza przy częstym kaszlu obfitą wydzielinę śluzowo-ropną, która często cuchnie indolem. W plwocinie białko, brak włókien elastycznych, brak prątków Kocha, liczne dwoinki gramododatnie i gronkowce. Oddech przyśpieszony: 36, tętno: 120. Ponad prawą stroną klatki piersiowej utrzymuje się w dalszym ciągu stłumienie z osłabieniem i z częściowem zniesieniem szmerów oddechowych. Przez 3 tygodnie leczono konserwatywnie wysięk prawostronny opłucnej zapomocą aspiracji w ilościach od 50 cm do 250 cm gęstej, zielonej ropy, w odstępach kilkudniowych. Z powodu równoczesnej sprawy zapalnej po stronie lewej, nawet mimo bezskuteczności leczenia aspiracjami — chirurg nie kwapił się z wykonywaniem zabiegu operacyjnego w tak niekorzystnych warunkach. Dziecko tymczasem podupada katastrofalnie na siłach przy utrzymującej się gorączce 39°, spada 2 kg na wadze, wykazuje coraz większą astenję i brak apetytu. Stan ten zmusza nas do jedynie racjonalnej interwencji chirurgicznej, której dziecko dn. 20. XII. poddano. Dr. W i ś n i e w s k i wykonał pleurotomję wraz z resekcją żebra na wysokości IX. żebra w znieczuleniu miejscowem 0.5% nowokainą. Po zabiegu operacyjnym ciepłota wykazuje tendencję do spadku, utrzymuje się przez 2 tygodnie na poziomie podgorączkowym, a następnie przez cały miesiąc w granicach prawidłowych. Równocześnie stopniowo poprawia się stan ogólny i zjawia się apetyt. Stłumienie nad lewem płucem i szmer amforyczny utrzymują się przez cały grudzień, styczeń i połowę lutego, więc przez 2 i pół miesiąca. W drugiej połowie lutego stłumienie traci na intensywności, szmer jamisty przechodzi w nieokreślony i w pęcherzykowy, pokryty rzężeniami, a w marcu przy braku oddechu oskrzelowego słyszalne skąpe rzężenia. Kaszel i wykrztuszanie w lutym i w następnych miesiącach bardzo skąpe.

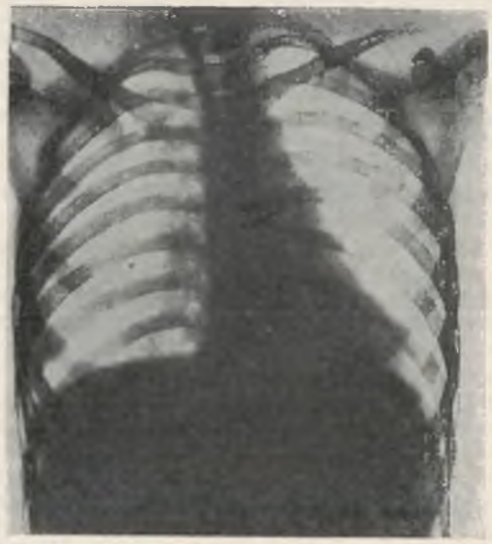
Badanie krwi wykazuje w grudniu leukocytozę 15.600. Opadanie krwinek przyśpieszone 20' (Linzenmayer). Lepkość zwiększona 1:7 (Hess). Objaw Aschnera dodatni.

Dnia 5. I. 1931 zastrzyknięto świnkom plwocinę i ropę z jamy opłucnej. 15. II. wykonane sekcje nie wykazały zmian gruźliczych, rozcierki z gruczołów i ze śledziony ujemne. Także posiewy plwociny i ropy na pożywkach Petrowa i Roguskiego pozostały ujemne.

Metabolizm aparatem Krogha: 1.250. Dnia 18. I. zdjęcie rentgenologiczne klatki piersiowej zmian nie wykazuje. Dnia 20. I. wprowadził Dr. P i e n i ą ż e k 20 cm³ lipjodolu do lewego oskrzela. Bronchografja potwierdziła obecność rozstrzeni oskrzelowej wielkości jaja w dolno-przyśrodkowym odcinku lewego dolnego płatu.

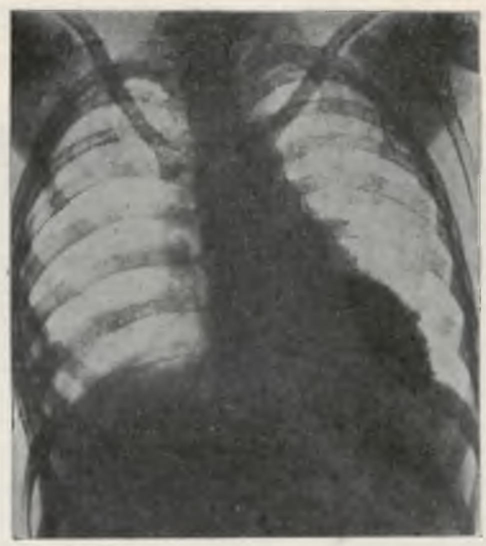
Oprócz opisanego zabiegu chirurgicznego leczenie polegało na podawaniu środków nasercowych, naparstnicy, cytrynianu sodu, jodku potasu, a następnie stowarsolu. Po 6 tygodniowym okresie bezgorączkowym obserwowaliśmy w związku z podaniem stowarsolu — w 12 dni po pierwszej dawce 0.25 — zjawisko konfliktu leczniczego, który spowodował hipertermję do 40.2° z równoczesnemi objawami gorączkowego nieżytu żołądka i kiszek oraz zapalenia miedniczek nerkowych, *gastro-enteritis febrilis, pyelitis, bacteriuria.* Epizod ten trwał 2 tygodnie. Konflikt leczniczy został opanowany przez konsekwentne dalsze stosowanie środka. Zresztą od 25 lutego stan bezgorączkowego ozdrowienia, przy gojącej się ranie operacyjnej, przy doskonałym apetycie i przy bardzo dobrym stanie ogólnym pozwala na wypisanie dziecka dnia 18. III. 1931 do domu.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *Pleuritis purulenta dextra metapneumonica. Bronchiectasiae lobi infer. pulm. sinistri. Lues congenitalis.*



Ryc. 2.
Zdjęcie 21. I. 1931. przed wprowadzeniem lipjodolu.

Rozpoznanie jamy rozstrzeniowej w lewem płucu wymagało różniczkowania z gruźlicą i z promienicą. Z opisu choroby wynika, że nie mogła tu wchodzić w grę jama t. j. *caverna* gruźlicza, ta bowiem dałaby była obraz pozytywny na zdjęciu rentgenowskiem i nie potrzebowalibyśmy uciekać się do pomocy lipjodolu. Wykluczając gruźlicę na podstawie badań bakterjologicznych i biologicz-



Ryc. 3.
Zdjęcie 21. I. 1931. po wprowadzeniu lipjodolu.

nych chodziło nam o potrzebę wykluczenia rozstrzeni oskrzelowej pochodzenia gruźliczego. Rozstrzeń gruźlicza bowiem, jak i niegruźlicza nie jest łatwo uchwytna w zdjęciu rentgenowskiem i wymaga wypełnienia płynem kontrastowym, aby dać należyty obraz. Wykluczaliśmy rozstrzeń gruźliczą nie na podstawie Roentgena, ale na podstawie ujemnych odczynów tuberkulinowych i ujemnych badań bakterjologicznych i biologicznych. Jamę promienicza można było wykluczyć nietylko na podstawie Roentgena, który w promienicy daje obraz pozytywny, ale przedewszystkiem na podstawie ujemnego badania bakterjologicznego ropy, nie wykazującej obecności ziaren promienicowych.

Dok. nast.

Dr. Jan SOSIN, st. asystent. Lwów.

Przyczynek do sprawy uchyłków cewki moczowej.

Z Instytutu Anatomii Patologicznej U. J. K.

Wrodzone uchyłki cewki moczowej należą do zmian stosunkowo rzadkich, u kobiet nawet do bardzo rzadkich. Ze względu na to, jako też. na dość trudny do wytłumaczenia mechanizm powstawania tych uchyłków, szereg autorów, jak Burckhardt, Denk, Bokaj, Ehrlich, Gruber, Mayer, Neugebauer, Suter, Smirnow, Timofeew, starało się zebrać większą ilość przypadków celem wyjaśnienia ich powstawania. Denk zebrał najwięcej przypadków z piśmiennictwa dawniejszego, bo 80, z czasów zaś ostatnich Smirnow 50 przypadków uchyłków cewki moczowej.

Przypadek nasz stwierdziliśmy u rolnika P. J. lat 38, który zmarł na Oddziale urologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, w krótki czas po przybyciu.

Sekcja: L. prot. sekc. 417/30. Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego o budowie ciała dobrej, o odżywieniu bardzo lichem. Stężenie pośmiertne mięśni w całości utrzymane, same mięśnie miernie rozwinięte. Skóra jest blada z nielicznemi plamami pośmiertnemi. Na dolnej powierzchni worka mosznowego stwierdza się dwa wypuklenia, przesunięte nieco ku stronie prawej. Skóra w obrębie tych wypukleń jest wygładzona, ścieńczała i sinawa, a za dotykiem stwierdza się opór, pochodzący od ciał obcych (kamienie), w tych wypukleniach się znajdujących. Głowa i twarz są umiarowe, żadnych wybitniejszych zmian nie wykazują. Czaszki nie otwierano. Klatka piersiowa jest bez zmian widocznych. Płuca po otwarciu klatki piersiowej nie zaciągają się z powodu zarośnięcia prawie całkowitego obu jam opłucnowych. W miejscach niezrośniętych płuca są nieco porozdymane. Płuca są powiększone, blade, za uciskiem zalewają się obfitym, pienistym płynem. W dolnym płacie płuca lewego znajdują się ogniska ciemno-wiśniowe, bezpowietrzne, kruche, które się ze sobą zlewają. Oskrzela prawidłowej szerokości, mają przekrwioną i rozpulchnioną błonę śluzową, pokrytą obfitą treścią śluzowo-ropną. Tchawica jest w dolnej części również przekrwiona i pokryta wydzieliną śluzowo-ropną. Gruczoły chłonne klatki piersiowej, a szczególnie okołotchawicowe i okołooskrzelowe, są małe, pylicowo zmienione. Osierdzie zmian nie wykazuje, jedynie w worku osierdziowym znajduje się nieznacznie zwiększona ilość przeźroczystego i nieco bursztynowego płynu. Serce w wymiarze poprzecznym jest rozszerzone. Tętnica płucna bez zmian widocznych. Ujście żylne prawe rozszerzone, przepuszcza trzy palce. Przedsionek i komora prawa, jako też przedsionek lewy, są rozszerzone i nieco przerosłe. Mięsień sercowy jest blady i kruchy. Śródpiersie tylne jest bez zmian. Śluzówka jamy ustnej jest blada. Błona śluzowa gardła i przełyku również jest blada. Tarczyca pomniejszona, blada, drobnoziarnista. Jama brzuszna i otrzewna zmian nie wykazują poza nieco zwiększoną ilością płynu przeźroczystego z odcieniem bursztynowym. Śledziona jest powiększona, jej torebka nieco marszczy się, na przekroju jest szaro-różowawo-wiśniowa, zrąb łącznotkankowy nieco się zaznacza, miąższ zbiera się na nożu. Nadnercza są dość małe i blade. Nerki są powiększone, torebka ich jest silnie napięta, po przecięciu brzegi nerek się wywijają. W korze znajdują się ropnie wielkości ziarna prosa, otoczone ciemno-wiśniową obwódką i występują grupami, usadawiającemi się w większej ilości w zakresie dolnych biegunów nerki. Miejscami powierzchnia ich jest pozaciągana. Na przekroju miąższ nerek wykazuje nierównomierny rysunek i nierównomierne ukrwienie. Miedniczki są silnie rozszerzone, śluzówka ich jest brudno-zielonawa, przekrwiona, pokryta licznemi wybroczynami i brudno-ropnym cuchnącym nalotem. Moczowody są znacznie rozszerzone, a ich błony śluzowe przedstawiają podobny obraz, jak błona śluzowa miedniczek nerkowych. Same ściany moczowodów przybierają na przekroju zielonawe zabarwienie. Pęcherz moczowy jest powiększony, ściana jego jest zgrubiała i beleczkowata. Błona śluzowa również zgrubiała wykazuje białawe, pasmowato przebiegające zgrubienia, które tworzą jakby siatkę, w oczkach której znajdują się miejsca silnie przekrwione, mające odcień brudnawy. Mocz, wypełniający pęcherz, jest mętny i cuchnący. Wątroba jest znacznie powiększona, przybiera odcień brunatnawy, blada, lśniąca na powierzchni przekroju i dość krucha.

Pęcherzyk żółciowy, wielkości odpowiedniej, jest wypełniony miernie wysyconą żółcią. Śluzówka i powierzchnia jego są gładkie, lśniące. Drogi żółciowe są drożne. Trzustka jest bez zmian widocznych. Żołądek jest nieco rozszerzony, błona śluzowa jego jest blada z odcieniem szarawym, wybitnie groszkowana, pokryta obfitym białawym śluzem i częściowo pośmiertnie rozmiękła. Jelita dość silnie wzdęte, blade, poza tem zmian nie wykazują. Stercz jest wielkości odpowiedniej i nie wykazuje zmian widocznych.

Prącie: nabłonek, pokrywający żołądź prącia jest zmętniały, a powierzchnia jego jest nierówna. Cewka moczowa: po otwarciu cewki moczowej w części błoniastej, bliżej pęcherza moczowego, stwierdza się listewkowate nieco siatkowato względem siebie ułożone zbliznowacenia, między któremi znajdują się drobne, dość gładkie zagłębienia. Na prawo i poniżej wzgórka nasiennego *(colliculus seminalis)* znajduje się otwór wrzecionowaty, o brzegach dość gładkich. Oś tego wrzecionowatego otworu przebiega mniejwięcej równolegle do osi dłuigej cewki moczowej. Wymiary otworu wynoszą w osi długiej 14 mm, w poprzecznej 7 mm. Światło jego bezpośrednio po otwarciu cewki jest zamknięte kamieniem, usadowionym pod otworem w ubytku. Fig. 1. przedstawia ten otwór po usunięciu kamienia, sam uchyłek przypomina woreczek nierównomiernie powypuklany, tworzący trzy jamki, połączone ze sobą wąskiemi kanalikami. Jamka, przylegająca do otworu cewki moczowej, jest owalna, największy wymiar owalu jest równoległy do osi cewki. Nie posiada ona prawie żadnych drugorzędnych wypukleń. Druga jamka usadowiona jest nieco na prawo pod pierwszą i połączona jest z nią kanalikiem o średnicy 6 mm, położonym w pobliżu przedniego bieguna jamy. Postać jej różni się od pierwszej tem, że ściany jej posiadają już kilka nieznacznych wypukleń. Trzecia z kolei jamka jest około 10 razy większa od obu poprzednich i posiada bardzo liczne wypuklenia wtórne. Połączona jest ona, podobnie jak obie poprzednie, zapomocą kanalika, mającego również 6 mm średnicy i także umieszczonego w pobliżu przedniego bieguna nerki. Ściany całego uchyłka są gładkie. Dla wykazania budowy drobnowidowej wycięto z każdego wypuklenia po skrawku.



Fig. 1. Cewka moczowa z widocznym otworem, stanowiącym wejście do uchyłka.

Badanie drobnowidowe wykazało, co następuje: Wycinek ze ściany jamki uchyłka najwyżej położonej, wycięty po stronie prawej i z boku, pokryty jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, wciskającym się soplami w wcale dobrze utrzymaną warstwę brodawkowatą błony śluzowej. Warstwa nabłonka najbardziej powierzchownie położona jest zrogowaciała, przyczem grubość jej nie jest wszędzie jednakowa; są miejsca, w których jest ona ledwie zaznaczona, w innych znowu miejscach komórki tej warstwy złuszczają się lub też pod postacią blaszek odrywają się (artefakt). Głębsze warstwy tego nabłonka wykazują podobne ułożenia, jak w naskórku, w szczególności wcale

dobrze jest widoczna warstwa kolczasta. W walcczkowatej warstwie nabłonka, a więc graniczącej z tkanką łączną błony śluzowej, stwierdza się gdzieniegdzie ziarenka brudno-żółtawego barwika. Ilość jego w różnych miejscach jest różna, gdzieniegdzie nawet znaczna. Wśród tkanki łącznej podnabłonkowej stwierdza się utkanie dość wiotkie, zasobne w komórki, niektóre z pierwoszczem silnie się barwiącem eozyną, w niektórych zaś stwierdza się barwik wyżej wspomniany. W błonie śluzowej, szczególnie w warstwie podbrodawkowej, są obfite i porozszerzane naczynia



a b

Fig. 2. *Skrawek ze ściany uchyłka:* a) wyścielający nabłonek wielowarstwowy płaski, z zaznaczoną warstwą brodawkową, wycięty z górnej jamki uchyłka, b) nabłonek z wygładzoną warstwą brodawkową, wycięty z najniżej położonej jamki uchyłka. Mikrofot.

krwionośne, głębiej zaś stwierdza się przekroje mięśni gładkich. W głębszej warstwie błony śluzowej stwierdza się zaledwie gdzieniegdzie wśród włókien łącznotkankowych złogi soli, silnie zasadochłonnie się barwiące, niewątpliwie soli wapniowych, dookoła których znajdują się bardzo nieliczne nacieki drobnokomórkowe. W tych miejscach są obfitsze włókna klejorodne, przybierające wygląd szklisty. Fig. 2 a. przedstawia mikrofotografję tego skrawka. Wycinek ze środkowej, t. j. drugiej jamki, przedstawia obraz zupełnie podobny, dlatego dla uniknięcia powtarzania

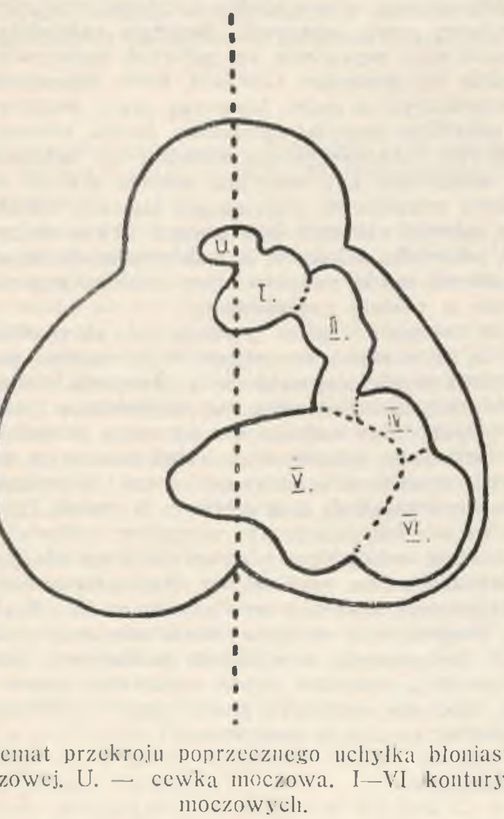


Fig. 3. Schemat przekroju poprzecznego uchyłka błoniastej części cewki moczowej. U. — cewka moczowa. I—VI kontury kamieni moczowych.

się nie będziemy go przytaczać. Wycinek ze ściany jamki uchyłka największej i najniżej położonej jest wyścielony również nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, który także na powierzchni ulega zrogowaceniu. Nabłonek ten jednak ma znacznie mniej warstw, jest przeto znacznie cieńszy, jak w jamkach wyżej położonych. Prawie wszystkie warstwy komórek są spłaszczone; warstwa cylindryczna, t. j. graniczącą z tkanką łączną, zatraca miejscami swoją postać wałeczkowatą. Warstwa brodawkowa błony śluzowej jest prawie zupełnie wygładzona a sama błona śluzowa wykazuje budowę dość skąpo-komórkową i składa się przedewszystkiem z warstw włókien łącznotkankowych, dość równoległe względem siebie ułożonych, które w głębi przedstawiają już beleczki szkliste. Naczyń krwionośnych jest znacznie mniej, aniżeli w skrawkach poprzednich, a światło ich przedstawia się pod postacią szczelin, wyścielonych śródbłonkiem, wciśniętym między

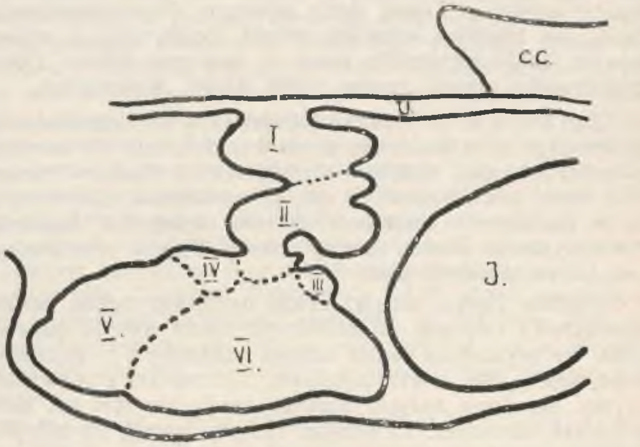


Fig. 4. Schemat uchyłka w rzucie na płaszczyznę strzałkową. I—VI, obrysy kamieni moczowych. cc — ciała jamiste. u — cewka moczowa. J — jądro.

beleczki. To ścieńczenie nabłonka jako też uwarstwowienie się włókien tkanki łącznej i zachowanie się naczyń krwionośnych jest następstwem od strony światła uchyłka, postępującego ucisku, wywartego na jego ścianę. Ucisk ten pochodzi niewątpliwie od kamieni, wypełniających ten uchyłek. Rozumie się samo przez się, że ten ucisk jest największy w częściach uchyłka najniżej położonych, to też zmiany w najniżej położonych ścianach uchyłka muszą być największe. Co do ilości kamieni, to jest ich 6; wypełniają one całkowicie światło uchyłka. Rozmieszczone są one w ten sposób, że w obu górnych jamkach uchyłka znajduje się po jednym kamieniu, w dolnej zaś, największej, cztery. Dla dokładnego przedstawienia ułożenia i postaci kamieni, jako też kształtu samego uchyłka, zrekonstruowałem schematy, wielkości mniej



Fig. 5. Kamienie z uchyłka. Fot.

więcej naturalnej, z których jeden przedstawia przekrój poprzeczny (Fig. 3), a drugi rzut uchyłka na płaszczyznę strzałkową (Fig. 4). Linje wykreskowane przedstawiają granice kamieni. Postać poszczególnych kamieni jest widoczna na fotografji, która przedstawia je w pomniejszeniu 1 : 0,75 (3/4), (Fig. 5). Ciężar kamieni w stanie suchym wynosi 70 g. Co do ich chemicznego składu, to składają się one przeważnie z fosforanu wapniowego z nieznaczną domieszką węglanu wapnia. W worku mosznowym po stronie pra-

wej, t. j. tej, w której mieści się uchyłek, stwierdza się bardzo silnie rozwiniętą tkankę łączną, wypełniającą wolne przestrzenie między wypukleniami uchyłku. Jądro prawe jest odpechnięte ku przodowi przez dolną część uchyłka i oddzielone od niej stosunkowo bardzo cienką, bo wynoszącą 2 mm ścianką. Zmian widocznych w jądrach się nie stwierdza.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Diverticulum congenitum partis prostaticae sinus urogenitalis et lithiasis eiusdem. Cysto- pyelonephritis purulenta. Hypertrophia muscularis vesicae urinariae. Tumor lienis subacutus. Bronchopneumonia confluens lobi inferioris pulmonis sinistri. Emphysema et oedema pulmonum. Tracheobronchitis muco — purulenta diffusa. Dilatatio et hypertrophia minoris gradus cordis dextri. Meteorismus.*

Epikryza: U osobnika młodego, na tle najprawdopodobniej wrodzonego uchyłka cewki moczowej, przyszło do tworzenia się, w zakresie tegoż, złogów soli wapiennych (kamieni moczowych) i. w miarę powiększania się ich, do utrudnienia oddawania moczu, co w następstwie pociągnęło za sobą wstępujące zapalenia dróg moczowych, a wkońcu samych nerek. Śmierć przyśpieszyło odoskrzelowe zapalenie płuc.

Ogólnie biorąc, uchyłki cewki moczowej można podzielić na prawdziwe i rzekome. Za prawdziwe należy uważać takie uchyłki, które są wyścielone takim samym nabłonkiem i posiadają takie same ściany, jak cewka moczowa. Jak poniżej z rozważań zobaczymy, ocenienie rodzaju uchyłka cewki nie jest tak łatwe, jak w innych narządach. Za uchyłki rzekome uważa się uchyłki, które powstają na tle przebicia do cewki moczowej procesów chorobowych, toczących się w jego sąsiedztwie, n. p. przebicie serowatego guza gruźliczego, który, po opróżnieniu, da jamę komunikującą ze światłem cewki moczowej, przebicie torbielkowato zmienionego gruczołu stercza, przebicie torbieli gruczołu Cowpera i wreszcie przebicie torbieli skórzastej. Co do uchyłków rzekomych, powstałych na tle gruźliczem, to stwierdzenie jego pochodzenia jest łatwe, gdyż sprawa jest umiejscowiona zwyczajnie w części sterczowej, ściany uchyłka są poszarpane, niepokryte nabłonkiem, otwór, komunikujący ze światłem cewki, posiada brzegi poszarpane; uchyłków takiego pochodzenia może być kilka. Co do uchyłka rzekomego, powstałego na tle przebicia stercza torbielowato zmienionego, to rozstrzygającem jest wykazanie nabłonka cylindrycznego, wyścielającego uchyłek, względnie stwierdzenie innych torbieli w sterczu, ze względu na możliwość metaplazji nabłonka na tle czynników drażniących, jak mocz, kamienie moczowe i dołączające się procesy zapalne. Brzegi otworu komunikującego są mniej lub więcej poszarpane, ponieważ powstały one na tle przebicia. Podobnie przedstawia się uchyłek, powstały w następstwie przebicia torbieli gruczołu Cowpera. Co do uchyłków, powstałych na tle torbieli skórzastych, to wykazanie ich pochodzenia jest trudniejsze, ponieważ po wypróżnieniu treści torbieli może pozostać uchyłek wyścielony nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, t. j. takim, jakim wyścielona jest cewka moczowa. W takim razie do rozpoznania różniczkowego pozostałoby zachowanie się brzegów otworu komunikującego z cewką moczową, który w tym razie powinien być poszarpany, jednak ze względu na to, że sprawa trwa zwyczajnie bardzo długo i skutkiem dołączenia się procesów zapalnych na najrozmaitszem tle, jako też wskutek bliznowacenia, nie można opierać się na samem zachowaniu się brzegów otworu.

Ze względu na czas powstawania, można podzielić uchyłki na uchyłki nabyte i wrodzone. Uchyłki nabyte, podobnie jak inne uchyłki, można podzielić, ze względu na mechanizm powstawania, na uchyłki z pociągania i wypychania. Uchyłki z pociągania powstają w następstwie bliznowacenia procesów toczących się w otoczeniu i pociągania ściany cewki moczowej. Uchyłki z wypychania powstają na tle zwężeń cewki moczowej, przy istniejącem, bądź powstałem, ograniczonem osłabieniu otoczenia cewki moczowej. Przy równomierności rozchodzenia się ciśnienia w płynach w miejscu takiem, musi przyjść do wypuklenia się cewki moczowej w danem miejscu, zwłaszcza, jeżeli to ciśnienie trwa czas dłuższy. Uchyłki wrodzone są nader rzadkie, istnienie ich udowadniają prace R. Mayera, który opisuje uchyłki cewki moczowej u starszych płodów i u noworodków. Uchyłki wrodzone występują częściej u mężczyzn, natomiast bardzo rzadko u kobiet. Występują one w linji środkowej i na dolnej powierzchni cewki, najczęściej w części jamistej cewki moczowej (*pars cavernosa urethrae*), i to częściej w przednim, jak w tylnym odcinku tej części. Wielkość ich może być różna, od wielkości migdałka do pięści. Są one pokryte nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, niezrogowaciałym, położonym na warstwie tkankołącznej brodawczakowatej (Kaufmann). Nabłonek może być również nieco cofnięty w zróżniczkowaniu (Mayer). Otwór, prowadzący do cewki moczowej, powinienby mieć brzegi gładkie. Mogą się one składać z kilku jamek (jak w przypadku opisanym przez Fr. Neugebauera).

Jeżeli chodzi o powstawanie uchyłków wrodzonych, to istnieje szereg teoryj. Suter odnosi powstawanie uchyłków do powstawania pierwotnych kieszonek pochodzenia ektodermalnego. Jedną z najdawniejszych jest teorja Veillemiera, która powstawanie uchyłków odnosi do niedostatecznego zamknięcia się rynienki, która jest zawiązkiem cewki moczowej (8—12 tydzień rozwoju). Powstaje to w ten sposób, że w rynience powstaje szczelina, a skóra zamyka się całkowicie, czyli coś w rodzaju wewnętrznego spodziectwa *(hypospadia)*. Tego rodzaju przypuszczenie nie pokrywa się jednak w zupełności z procesem rozwojowym. Gdyby tak było, jak słusznie zauważa jeden z autorów, należałoby się spodziewać częstych kombinacyj ze spodziectwem, czego dotychczas żaden z autorów nie zauważył, jak mogłem stwierdzić na podstawie dostępnych mi prac. Wreszcie trzecią teorją jest teorja Kaufmanna. Kaufmann tłumaczy powstawanie uchyłków zastojem moczu, skutkiem opóźnionej komunikacji między częścią trzonową a częścią żołędziową cewki moczowej. Kaufmann wychodzi mianowicie z założenia, że niema oddzielnych zawiązków dla części trzonowej i dla części żołędziowej prącia cewki moczowej, że część cewki moczowej trzonu prącia wcześniej uzyskuje swe światło, nim przyjdzie do otwarcia jej w części żołędziowej. Zastawki, stwierdzane w zakresie przedniej ściany uchyłka, miałyby być pozostałością tej poprzednio istniejącej zapory, czy jednak cewka moczowa w ten sposób powstaje, nie wiemy.

Według mego zdania należałoby szukać przedewszystkiem przyczyny powstawania uchyłków w zaburzeniach rozwojowych w zakresie narządów, o których z pewnem prawdopodobieństwem wiemy, że istniały w okresie rozwoju, względnie występują u osobnika dojrzałego. Co do tych narządów, które występują w okresie rozwojowym, to mam na myśli przedewszystkiem tak zwane zatoki *(lacunae)* cewki moczowej, a w szczególności zatokę wielką *(lacuna magna)*, która ze względu na umiejscowienie mogłaby odpowiadać uchyłkom stwierdzanym w przednim odcinku części jamistej cewki. Jeżeli chodzi o zaburzenia w zakresie narządów stwierdzanych u osobnika dojrzałego, to mam na myśli łagiewkę sterczową *(vesicula prostatica vel utriculus masculinus)*, która jest pozostałością dolnych odcinków przewodów Müllera, z których u kobiety wykształca się pochwa. Przemawia to za możliwością powstania w tem miejscu zaburzeń rozwojowych. Uchyłek, powstający na tle zaburzeń w tem miejscu, odpowiadałby uchyłkom, stwierdzanym w części sterczowej cewki moczowej. Wreszcie należałoby wziąć pod uwagę możliwość pojawiania się zaburzeń rozwojowych w czasie wytwarzania się gruczołów Cowpera, które odpowiadałyby uchyłkom, stwierdzanym w części błoniastej cewki moczowej, a między niemi i uchyłkowi powyżej opisanemu. Można bowiem przypuścić, że w okresie rozwojowym nie rozwinął się nabłonek jednowarstwowy sześcienny, t. j. taki, jaki posiada gruczoł Cowpera, lub dwurzędowy migawkowy, wyścielający łagiewkę sterczową, a miejsce jego zajmuje nabłonek wyścielający cewkę moczową. Wiemy przecież, jak wielką skłonność do pokrywania ubytków ma już dojrzały nabłonek cewki moczowej, tem większą powinien mieć nabłonek ten w okresie rozwojowym.

Co do następstw, jakie powstają w przypadkach istnienia uchyłka, to są to przedewszystkiem stany zapalne, powstające na tle drażnienia przez zalegający mocz, tworzenia kamieni i dołączania się różnych drobnoustrojów, jak ziarenkowce rzeżączki (Timofeew) i innych. Tego rodzaju sprawy mogą powodować z jednej strony tworzenie się przetok przez worek mosznowy, z drugiej strony powstaje utrudnienie w oddawaniu moczu i w następstwie wstępujące obustronne zapalenie dróg moczowych i nerek. Uchyłek opisany uważam za uchyłek prawdziwy, wrodzony, ponieważ światło jego jest wyścielone nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, ułożonym na brodawczakowatem podścielisku tkanko-łącznowem, co odpowiada znamionom uchyłków wrodzonych według Kaufmanna. Nieznaczne zrogowacenia nabłonka powierzchownego należy odnieść do zmian następowych, wywołanych kamieniami. Usadowiony on jest na dolnej powierzchni cewki moczowej; otwór łączący go z cewką moczową ma obrys gładki, drobne nierówności bowiem należy uważać za zmiany następowe.

Piśmiennictwo:

Fr. Suter: A. Chir. 87, 198. — Timofeew: A. Chir. 92, 1910. — Denk. Z. f. Urol. 6, 1912. Heft 8. — Wulsten. J. Z. f. urol. Chirurg. 22. 1922. S. 287. — Neugebauer Fr. Brun. Beitr. Bd. 132, S. 719. — A. v. Lichtenberg, F. Voelcher, H. Wildbolz. Handbuch der Urologie. B. III.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon GANGEL. Waręż.

Kilka uwag o poszczepiennem zapaleniu mózgu (encephalitis postvaccinalis) na tle obserwacji dzieci szczepionych i dwóch przypadków tego schorzenia w lipcu 1931.

I.

Już prawie dziesięć lat zajmuje się świat lekarski nową i zagadkową pod wielu względami jednostką chorobową nerwowego systemu dziecięcego, występującą bezsprzecznie w związku z szczepieniem dzieci przeciw ospie. Podczas gdy w krajach zachodnich zdołano poczynić liczne obserwacje i zebrać nawet odpowiedni materjał statystyczny tyczący *encephalitis postvaccinalis (e. p.)*, u nas zainteresowanie tym problemem, który jest bardzo ciekawy nietylko pod względem etjologicznym, rozpoznawczym i leczniczym, ale też społecznym, jest tak małe, iż skłoniło mnie do ogłoszenia tych uwag.

Całe piśmiennictwo lekarskie zna dotychczas 420 przypadków *e. p.*, co wydaje się być cyfrą stosunkowo bardzo małą, jeżeli zważymy ile miljonów dzieci rocznie podlega przymusowemu szczepieniu przeciwospowemu.

Nie ulega wątpliwości, że duża ilość przypadków została nierozpoznaną i nieogłoszoną, oraz że statystyka została dokładnie przeprowadzona w kilku jedynie krajach. I tak w Anglji od grudnia 1922 do października 1927 zanotowano 93 przypadków. W Holandji od lipca 1923 do roku 1928 stwierdzono 200 przypadków *e. p.* (Bastiansee, Terbugh, Bijl, Aldershoff). W Niemczech zebrał Eckstein do r. 1929 92 przypadków z Niemiec, a z Polski, Węgier, Szwajcarji, Bułgarji, Japonji 9 przypadków. Kilka przypadków *e. p.* ogłosili Lucksch, Leiner i Priesel. W Tyrolu zebrał Daser 11 przypadków w latach 1925—1928.

W r. 1929 została w Austrji przeprowadzona urzędowa statystyka, która podaje wiadomość o 28 przypadkach; z tego 14 przypada na Wiedeń, a 14 na dolną Austrję. Wedle tej statystyki okres wylęgania trwa 9—11 dni od dnia zaszczepienia. Były też okresy 2—4 i 5 dniowe. Wszystkie przypadki tyczyły dzieci po raz pierwszy szczepionych. Rewakcynowanych było mało, ale zawsze stanowiły najcięższe przypadki. Największa ilość zachorowań przypadała na dzieci w wieku od 6—7 lat. Ta ostatnia cecha pozostaje w sprzeczności z danemi statystycznemi Ecksteina, wedle którego największa ilość zachorowań tyczyła się dzieci w wieku od 1—2 lat.

Byłoby bardzo ciekawe przeprowadzić u nas statystykę odpowiednią tembardziej, iż nie byłoby to połączone z wielkiemi trudnościami.

II.

Szczepienie ochronne wykonane tego roku w okręgu warężkim, w którym ja praktykuję, dało mi możność zaobserwowania dwóch ciekawych zjawisk.

1) U dużej ilości dzieci, szczepionych poraz pierwszy, wystąpiła w 8—10 dniu po szczepieniu t. j. w chwili kiedy krostki *(pustulae)* już wykazywały daleko posuniętą dążność do gojenia się, wysoka gorączka, senność i niechęć do chodzenia.

Chodziło tu przeważnie o dzieci w 2-gim roku życia. Stan ten trwał 2—3 dni i ustępował bez jakiegokolwiek leczenia. Takie objawy znane są lekarzom praktykom oddawna i były tłumaczone przedłużoną reakcją na szczepienie ochronne. Dopiero teraz, kiedy problem *e. p.* zyskał na znaczeniu i piśmiennictwo lekarskie wykazuje coraz większe zainteresowanie tym problemem, nie jestem w stanie pozbyć się tej myśli, czy nie są to właśnie takie poronne formy *e. p.* Dzieci te bowiem w porównaniu z przypadkami *e. p.*, które poniżej opiszę, wykazywały takie stany, jak gdyby to była *enceph. postvacc. en miniature*. Ciekawe jest, że nietylko ja jako lekarz, ale i matki, które niejednokrotnie już widziały szczepione dzieci, wyczuwały, że dzieje się coś niezwykłego i zwracały się zaniepokojone z tego powodu o poradę lekarską do mnie. Wysuwały przytem mniemanie, czy przypadkiem krwowianka nie była zbyt mocna, co odpowiada obawom rodziców w innych krajach, o czem wspominają autorowie austrjaccy. Należy rodziców uspokoić, gdyż mogłoby się zdarzyć w przyszłym roku, że rodzice mimo przymusu szczepienia zaczęliby się z obawy niechętnie odnosić do tego zabiegu i uchylać się od tego obowiązku.

2) Pierwszy przypadek *e. p.* tyczył się Władzia C., 9 letniego chłopca z W., który w 8-ym dniu, po szczepieniu powtórnem, zachorował wśród burzliwych objawów oponowych: wymioty, ból głowy, sztywność karku, gorączka 39° C. Na trzeci dzień choroby zostałem zawezwany do dziecka i stwierdziłem: ciepłota 39.8° C, nieprzytomność, przeczulica skóry, twarz silnie zaczerwieniona, kark sztywny, głowa zgięta w tył, Kernig dodatni, odruch kolanowy silnie wzmożony. 4-ty dzień choroby: *retentio urinae,* która się utrzymywała przez 2 dni oraz drgawki, kolosalne napięcie mięśni grzbietu i kończyn tak górnych jak i dolnych. Prawa kończyna górna t. j. ta, na której było wykonane szczepienie ochronne, ogromnie bolesna na najlżejszy dotyk. Krostki nie wykazują najmniejszej dążności do zasychania. Ciepłota 38.8° C. Dziecko nieprzytomne, śpi głęboko i tylko przy dotknięciu prawego ramienia płacze głośno. *Bradycardia.* 5-ty dzień: Ciepłota opadła do normy, dziecko nieprzytomne, mocz oddaje ale pod siebie. Od czasu do czasu wykonuje choreatyczne ruchy lewą kończyną górną, którą podnosi w kierunku do głowy; lewą rękę składa w pięść i „pokazuje figę", jak to określiło otoczenie chorego. Ruch ten wykonuje co kilka minut bez żadnej podniety zewnętrznej. Prócz tego wykonuje dziwne ruchy wargami i językiem, jak gdyby ssało. Ten stan utrzymuje się do 8-go dnia, w którym uzyskuje przytomność, rozpoznaje otoczenie, jeszcze nie mówi, ale wskazuje na prawe ramię, iż go boli i nie pozwala się dotknąć. W 9-tym dniu choroby zaczyna mówić, podnosi głowę, ale podczas rozmowy śmieje się zbytnio i to niedorzecznie. Następuje okres ozdrowienia, podczas którego goją się krostki. Po kilku dniach śmiech ustaje, ale dziecko dostaje usposobienia płaczliwego. Po dalszych 3 dniach jest zupełnie zdrowe i oddaje się zwykłym zabawom dziecięcym. Stan umysłowy zadowalający.

Leczenie było objawowe. Upust krwi, lód na głowę, urotropina, *cardiaca*. Propozycja wykonania zastrzyku ze surowicy ojca, po uprzedniem zaszczepieniu go przeciw ospie, spotkała się ze sprzeciwem ze strony ojca, tak że musiałem z tego leczenia zrezygnować (Hekmann).

Drugi przypadek *e. p.* tyczy się Marji H. z P., 5 letniej dziewczynki, która w 10-tym dniu po szczepieniu ochronnem przeciw ospie zachorowała wśród objawów miernej gorączki i bólów głowy. Chora ta przed rokiem i przed dwoma laty w okresie, kiedy są wykonywane szczepienia nie była szczepioną z powodu krztuśca z następowem zapaleniem płuc, a przed rokiem z powodu drgawek z nieznanej bliżej przyczyny (rzekomo miały być spowodowane przez glisty). Drgawki te miały, po odejściu wielkiej ilości glist odbytnicą i ustami, ustąpić. Również teraz w 3-im dniu choroby po zażyciu santoniny odszedł z kałem cały kłąb *ascarides* (w ilości 23). W drugim dniu choroby dziecko traci przytomność, śpi głęboko, występuje niedowład obu dolnych kończyn, *retentio urinae* oraz przymusowe patrzenie jednem okiem (lewem) w jedną stronę *(Zwangschauen)*. Gorączka 37.7° C. W 6-ym dniu choroby *exitus letalis*.

III.

Mamy zatem w pierwszym opisanym przypadku do czynienia z *encephalitis postvaccinalis* o postaci złożonej, bo zaczął się ten przypadek jako postać meningealna, w ciągu choroby wykazywał wyraźne cechy somnolencji oraz postaci konwulsyjnej i neurytycznej. Mimo wszystko zakończenie było szczęśliwe. W drugim przypadku, który był *par excellence* senno-niedowładny, mimo, iż postać ta pod względem rokowania jest zawsze według autorów (Zappert) szczęśliwsza, doszło do zejścia śmiertelnego. W pierwszym przypadku jest jeszcze ciekawa ta okoliczność, że chodziło o chłopca powtórnie szczepionego, co jest w sprzeczności ze statystyką poczynioną co do występowania *e. p.*, w której dowiedzione zostało, że najczęściej prawie występuje ona u dzieci po raz pierwszy szczepionych. W związku ze szczepieniem jest ważny i wart zanotowania fakt, że prócz tych dwóch przypadków *e. p.* cały szereg dzieci zachorował pod postacią formy poronnej, jak to pod 1) opisałem. Świadczy to o epidemicznym charakterze choroby. Co się tyczy związku tej choroby z odrą i krztuśćcem muszę stwierdzić, że w rejonie tym, w którym poczyniłem obserwacje, faktycznie na wiosnę tego roku szerzyła się epidemicznie odra.

Piśmiennictwo:

J. Zappert: Wien. med. Wochenschrift Nr. 4, 1930. — Lucksch: Kl. Wochenschrift Nr. 4, str. 1990. — T. Falkiewicz i J. Rothfeld: Dtsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 85. S. 269, 1925. — Ernst Straussler: Wien. med. Wochschr. Nr. 30 i 31, 1931. — Levaditi: Extrait des Annales de l'Institut Pasteur (Decemb. 1930, Tome XLV. p. 673). — J. Zappert: Wien. med. Wochschr. Nr. 45, 1930. — Dörr: Herpes u. Encephalitis. Tagung d. dtsch. Vereinigung für Mikrobiologie in Frankfurt a. M. 1925. — M. Hekmann: La Presse Médicale Nr. 42, 1930. Academie de médecine. — L. Cornil i P. Kissel: Rev. Neur. 1930. t. 1. Nr. 2. str. 167. — E. Fiedler: Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 42, H. 3/4, S. 336, 1926. — E. Gildemeister u. K. Herzberg: Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 4, S. 138, 1927. — G. Koch: Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 4, S. 148, 1927. — R. Kraus: Wien. Kl. Wochschr. Jg. 40. Nr. 6. S. 185, 1927. — S. Schoenborn: Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53. Nr. 21, S. 870, 1927. — Lucksch: Sitzung d. Vereins dtsch. Arzte Prag. 1927. — Reimold: 38. Tag. d. dtsch. Geselschaft f. Kinderheilk. in Budapest 1927. — Curt

Boenheim: Kl. Wochenschr. Jg. 6. Nr. 33. S. 1552, 1927. — Van Boudwijk Bastiansee: Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk.— W. F. Winkler: Zentralb. f. Kinderheilk. 20, H. — Leiner: Med. Klinik 1926 Nr. 12. — E. Glanzmann: Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57. Nr. 7. Nr. 145. 1927. — W. Kerl: Arch. f. Dermatol u. Syphilis Bd. 148, H. 3, S. 610. 1925.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

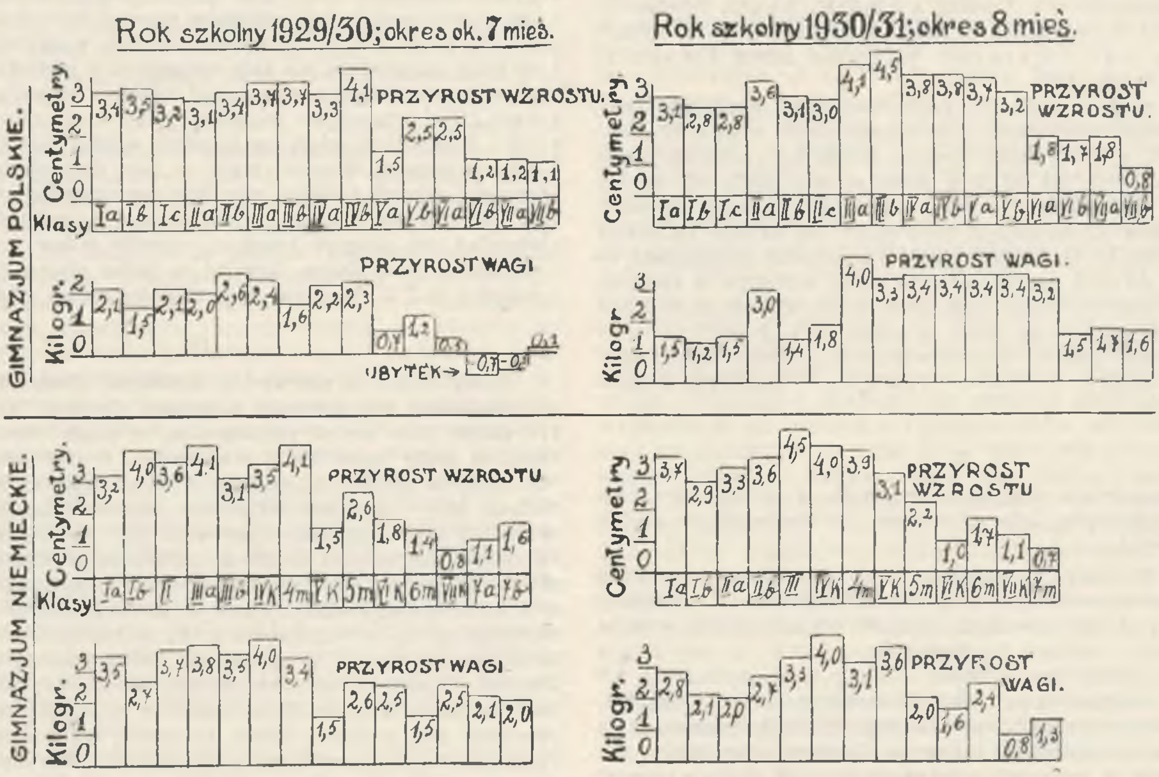
Dr. Witold BENNI. Bielsko.

Przyrost wagi i wzrostu u uczniów szkół średnich w Bielsku w latach 1929 — 1931.

Zmiany w wadze ciała są ważnym ilościowym miernikiem stanu zdrowia nietylko przy chorobach przewlekłych, n. p. przy gruźlicy, ale i dla osobników zdrowych, szczególnie u dorastającej młodzieży, a również dla całych grup ludności, n. p. dla całej klasy szkolnej. Przyrost wagi nie jest tu wielkością stałą, zależną tylko od wieku, lecz zmienia się w szerokich granicach zależnie od stanu zdrowia i warunków życiowych, lepszego lub gorszego odżywiania i t. p. Dlatego niedostateczny przyrost wagi wskazuje nam, że działają jakieś czynniki szkodliwe, trzeba je wykryć i usunąć zapomocą odpowiednich zarządzeń higjenicznych.

Na załączonym wykresie widzimy, jaki był przeciętny przyrost wzrostu i wagi dla poszczególnych klas najprzód w roku 1929/30, u góry dla gimn. polskiego, u dołu dla gimn. niemieckiego. Otóż przyrost wzrostu w obu szkołach był prawie jednakowy, tylko o pół centymetra więcej na korzyść gimn. niemieckiego, natomiast w przyroście wagi widzimy poważne różnice. W gimn. niemieckiem przyrost wagi wynosi w niższych klasach $3^1/_2$ — 4 kg przeciętnie na ucznia, a w wyższych $1^1/_2$ — $2^1/_2$ kg, w gimn. polskiem w niższych klasach tylko 2 — $2^1/_2$ kg, a w wyższych widzimy, że w klasach VI b i VII a nawet ubyło uczniom na wadze, przeciętnie po $^3/_4$ lub $^1/_2$ kg na ucznia. Skądinąd dowiedziałem się, że w innych (polskich) szkołach spotyka się to samo zjawisko, mianowicie ubytek wagi podczas roku szkolnego. Ubytek ten wyrównuje się podczas wakacyj letnich. Rzeczywiście, podczas wakacyj wszystkim uczniom przybyło na wadze, lecz i tu tylko w niższych klasach przyrost wagi w gimnazjum polskiem i niemieckiem był jednakowy; w wyższych klasach polskiego gimn. przyrost wagi przeciętnie był o 1—2 kg mniejszy, niż w niemieckiem; (wykres wakacyjny nie jest załączony).

Takiego ujemnego zjawiska, — małego przyrostu lub ubytku wagi podczas roku szkolnego, — torującego drogę chorobom przewlekłym, należałoby i można unikać, tembardziej, że w niemieckiem gimnazjum tego zjawiska niema. Przyczyną jest tu gorsze odżywianie uczniów polskiego gimn. oraz przemęczenie fizyczne. Uczniowie w znacznej większości dojeżdżają codziennie koleją do szkoły, przyczem i do stacji mają często daleką drogę, więc podróż trwa



godzinę i więcej. Lekcje gimnastyki są forsowne, bo sala gimnastyczna jest wzorowo urządzona i obficie wyposażona w przybory gimnastyczne, więc uczniowie nie potrzebują wyczekiwać swej kolejki (w tym czasie mogą odpocząć), lecz wszyscy prawie jednocześnie ćwiczą. Bardzo lekki ubiór ćwiczebny zmusza ich do ciągłego ruchu, żeby im nie było zimno. Po lekcjach są gry i zabawy na boisku, oraz hufiec, a uczniowie, czekający na swój pociąg, spędzają czas grając w piłkę nożną. Wreszcie od czasu do czasu są zawody pływackie, narciarskie i inne oraz ćwiczenia przygotowawcze do nich. Zdawałoby się, że takie ćwiczenia cielesne powinny zaostrzyć apetyt i poprawić stan odżywiania chłopców, lecz okazało się, że naodwrót po zbyt forsownych ćwiczeniach uczeń ma tylko wielkie pragnienie, a nie chce się mu jeść.

W Bielsku są dwie duże szkoły średnie, po 500—700 uczniów w każdej, gimnazjum polskie i gimnazjum niemieckie i ich porównanie jest nader pouczające, tem bardziej, że przy znacznej ilości uczniów dotrzymany jest warunek, niezbędny przy badaniach statystycznych, mianowicie operowanie dostatecznie wielkiemi liczbami. W gimn. niemieckiem zbadano dwukrotnie w ciągu roku 388 (bez ósmych klas i bez uczennic), a w gimn. polskiem 574 uczniów i obliczono średni przyrost dla każdej klasy osobno.

Gimnazjum polskie mieści się we wspaniałym nowym budynku, urządzonym według wymagań higjeny, z dużą salą gimnastyczną, pływalnią, garderobą i wszelkiemi nowoczesnemi urządzeniami, lecz uczniowie pochodzą ze sfer niezamożnych, są to przeważnie dzieci rzemieślników, kolejarzy, robotników i włościan, mieszkających poza miastem. Gimnazjum niemieckie mieści się w budynku już starym, przepełnionym, bez wentylacji i t. p., ale uczniowie pochodzą ze sfer zamożnego miejscowego mieszczaństwa. Gimnazja są ośmioklasowe i każda klasa ma po dwa lub trzy równoległe oddziały; w gimn. niemieckiem oddziały, zaczynając od czwartej klasy, podzielone są na klasyczne i matematyczne, ostatnie oznaczone na wykresie cyfrą arabską.

Zarządzenia higjeniczne celem poprawy wagi uczniów były przeważnie jednostkowe, t. j. trzeba było u każdego z osobna stwierdzić jaki jest apetyt i trawienie, jaki odpoczynek i sen, jakie ćwiczenia cielesne i inne dodatkowe zajęcia i dać mu odpowiednie porady higjeniczne, a czasem i lekarskie. Jako zarządzenie ogólne zastosowano dożywianie, uczniowie otrzymywali śniadanie, składające się ze szklanki mleka i bułki, za niską cenę, a wielu bez-

płatnie. Tych śniadań wydano w ciągu kilku miesięcy 19000. Dalej uczniowie słabowici i cierpiący na niedomagania przewlekłe byli zwalniani z ciężkich ćwiczeń, t. j. podczas lekcji gimnastyki ćwiczyli mało, a więcej przypatrywali się i odpoczywali.

Wyniki były bardzo dobre, jak widać z wykresu za rok szkolny 1930/31. Widzimy tu, że w gimnazjum polskiem w wyższych klasach już niema wcale ubytku wagi, lecz jest przyrost około 1½ kg na ucznia. W średnich klasach przyrost wynosi około 3½ kg, więc o kilogram więcej, niż w roku poprzednim. Tylko w najniższych klasach przyrost wagi jest trochę mniejszy, niż w roku poprzednim, są to nowoprzybyli uczniowie, którym jeszcze nie wyjaśniono potrzeby lepszego odżywiania i t. d. Natomiast w niemieckiem gimnazjum, gdzie nie było takich zarządzeń, przyrost wagi był w przybliżeniu taki, jak w roku poprzednim, nawet trochę gorszy.

Pouczającym jest również wynik ważenia 13 uczennic z siódmej klasy. Gimnazjum polskie było dawniej koedukacyjne, obecnie uczennice pozostały tylko w najwyższych klasach. Otóż okazało się, że w ciągu roku uczennicom ubyło na wadze po kilka kilogramów. Tylko u jednej przybyło pół kg, u innej znów ubyło 7 kg i t. p. Przeciętnie każdej ubyło około 2½ kg. Przyczyną tak wielkiego spadku wagi były cele kosmetyczne, mianowicie chęć zachowania smukłej linji, wskutek czego uczennice starały się jeść możliwie mało. Jest to przykład wpływu, jaki wywierają na siebie członkowie zespołu (klasy szkolnej); jak jakaś myśl staje się modną, to wszyscy się jej poddają i taki czynnik staje się decydującym również dla wagi ciała. U chłopców takim modnym czynnikiem jest uprawianie różnych sportów.

Najtrudniejszem zadaniem przy badaniach statystycznych jest zebranie materjału, trzeba też unikać różnych omyłek, mogących zmienić wyniki. Więc kontrolowano często wagi, młodzież ważono podczas lekcji gimnastyki w stroju ćwiczebnym, (tylko uczennice ważono oba razy w innem ubraniu), sprawdzano wciąż odczytywanie wyników na wzrostomierzu i wadze, oraz zapisywanie na kartach zdrowia, wreszcie pilnowano, aby młodzież nie robiła różnych sztuczek, w rodzaju stawiania pokryjomu nogi na wadze podczas ważenia ucznia, żeby zwiększyć wagę kolegi. Korzystam tu ze sposobności, żeby złożyć szczere podziękowanie wszystkim panom profesorom gimnastyki, szczególnie panu Boryczce, za czynną współpracę przy wykonywaniu pomiarów i pilnowaniu młodzieży.

LIST DO REDAKCJI.

O ćwiczeniach anatomicznych studentów medycyny.

Od szeregu lat ta sprawa jest tematem bardzo licznych dyskusyj i narzekań, ponieważ coraz większy brak materjału sekcyjnego daje się odczuwać na wszystkich uniwersytetach, a u nas zaś doprowadził już nawet kilkakrotnie do nieporozumień między studentami medycyny. Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że z powodu coraz większego braku bezdomnego proletarjatu, w niedalekiej przyszłości brak zwłok do ćwiczeń anatomicznych będzie jeszcze większy. Grozić będzie wówczas naprawdę handel zwłokami, prowadzony przez szantażystów. Znane są poszczególne przypadki, w których znamienici anatomowie (jak Albert Haller, Feliks Plater i inni) wykradali trupy ludzkie dla dokonania sekcji. Znany jest też z historji medycyny przypadek, w którym zbyt gorliwy badacz medycyny i chirurg angielski płacił za zwłoki zbrodniarzom, a ci dla zysku dopuszczali się szeregu morderstw. Obecnie zaś czytamy w dziennikach (Neues Wien. Journal z 4. III. 1931), że w instytucie anatomji prof. Lenhosseka w Budapeszcie — publiczność zwraca się z pogróżkami w stronę asystentów i słuchaczy medycyny, zajętych wykonywaniem sekcyj. Nie można też przypuszczać, aby liczba studentów medycyny miała się na przyszłość zmniejszać. Te więc okoliczności zmuszają do zastanowienia się nad problemem dostarczania zwłok sekcyjnych i poddania go należytej krytyce. Chcę jednak z góry zaznaczyć, że osobiście ani z jakichkolwiek pobudek religijnych, ani też z motywów etycznych nie jestem przeciwny sekcjom naukowym. Wręcz przeciwnie, dążąc do stałego postępu wiedzy i poznania ludzkiego, wyrażam usilne życzenie, ażeby wszyscy zmarli poddawani byli autopsji naukowej i aby w ten sposób studenci mieli dostateczną sposobność do ćwiczeń sekcyjnych na zwłokach. Że nie jest to czczym frazesem z mej strony, może posłużyć fakt, że jeszcze przed kilku laty zapisałem swoje zwłoki do ćwiczeń anatomicznych tutejszym studentom medycyny i pismo z tem przeznaczeniem, podpisane przeze mnie i moją najbliższą rodzinę zostało w tym celu już wówczas oddane T-wu medyków żydowskich.

Przypatrzmy się teraz krótko historycznemu rozwojowi sekcyj naukowych, a zobaczymy, że w czasach starożytnych i później jeszcze, dokonywano tylko sekcyj zwierząt. Dopiero w wiekach średnich zaczęto sekcjonować zwłoki ludzkie, lecz otwarcie zwłok przez lekarza było tak rzadkiem wydarzeniem w świecie lekarskim, że uczeni i chciwi wiedzy studenci odbywali częstokroć pielgrzymki do dalekich miast, by choć raz w życiu przypatrzyć się takiej publicznej demonstracji naukowej, a znamienici artyści uwieczniali sekcje zwłok w swych dziełach sztuki malarskiej.

Obecnie zaś żyjemy wszyscy w tem przeświadczeniu, że studjum anatomji opisowej byłoby niemożliwe, jeśliby studenci medycyny nie wykonywali kilkakrotnych ćwiczeń anatomicznych na zwłokach ludzkich. Rozważmy nieco bliżej to przekonanie, czy nie jest ono dziś już tylko imaniem się przeżytej tradycji. Prawdą jest, że w starożytności zrodziło się niejedno mylne zapatrywanie i pojęcie anatomiczne o ciele ludzkiem, ponieważ studjowano anatomję jedynie na zwierzętach, najczęściej na świniach, rzadko na psach lub małpach.

Prawdą jest również, że w krajach orjentalnych, gdzie nie uczą anatomji na zwłokach ludzkich, wiedza i sztuka lekarska nie osiągnęły tak wysokiego poziomu rozwojowego, jak u nas na zachodzie. Lecz prawdą jest też, że w dzisiejszych warunkach student medycyny może nabrać b. ścisłych wiadomości anatomji bez osobistych ćwiczeń sekcyjnych i że właściwie tak się dzieje. Posiadamy bowiem dla wszystkich narządów ludzkich tak doskonałe preparaty bądź naturalne bądź też sztuczne, a nasze liczne atlasy i zdjęcia anatomiczne, zrobione z natury są tak doskonale i dla każdego łatwo przystępne, że student naprawdę może wyuczyć się anatomji bez własnoręcznych ćwiczeń anatomicznych. I w rzeczywistości uczymy się anatomji bardziej skomplikowanych szlachetnych narządów, jak ucha, oka, nosa, narządów płciowych i t. p. z preparatów i rysunków, gdyż preparowanie ich należy do specjalnej umiejętności i jest połączone z trudnościami i długiem, mozolnem przygotowaniem się. W Ameryce studenci medycyny uczą się też anatomji opisowej bez ćwiczeń anatomicznych, tak samo na uniwersytetach francuskich, gdzie profesor lub jego asystenci wykonywują sekcje, demonstrując anatomję grupom studentów.

Przepisy regulaminu studjów wymagają zazwyczaj 3—4 ćwiczeń sekcyjnych w jednem półroczu. To jednak wobec dzisiejszego braku zwłok i zwiększonej liczby studentów nie da się przeprowadzić. Uprzytomnijmy sobie, jak przeciętny student medycyny przystępuje do ćwiczenia anatomicznego i jakie z niego odnosi korzyści. Albo nie jest on jeszcze przygotowanym do sekcji i robi tylko swój preparat, bo przyszła na niego kolej, albo zna on już dobrze budowę anatomiczną danej części ciała, i wówczas chce się jak najprędzej pozbyć swego przepisowego preparatu; w obu razach więc niewiele z swej sekcji się nauczył, bo naprawdę wyuczył się anatomji z gotowych preparatów i z atlasu anatomicznego. Jeśli zaś stwierdzimy, że sekcje są niejako przygotowaniem do przyszłej czynności chirurgicznej lekarza, to każdy lekarz przyzna mi rację, jeśli twierdzę, że z regulaminowych ćwiczeń sekcyjnych dziś chyba nikt nie przysporzy sobie sprawności i techniki operacyjnej. Kto chce zostać operatorem, musi inaczej się ćwiczyć na zwłokach, albo na zwierzętach, wykonując operacje przygotowawcze. Toteż na niektórych uniwersytetach zagranicznych, zwłaszcza amerykańskich, ćwiczą się też studenci w operacjach na zwierzętach, a to samo dałoby się łatwo także u nas wprowadzić. Każdy instytut anatomiczny posiada dziś tak znaczną ilość dobrych preparatów anatomicznych, że korzystający z nich student o wiele więcej i łatwiej nauczy się anatomji, niż z mozolnych, a niekiedy nawet niebezpiecznych ćwiczeń anatomicznych. Iluż to medyków już się skaleczyło przy sekcjach i poważnie z tego powodu zachorowało. Ćwiczenia sekcyjne są b. ważnem przygotowaniem do sekcyj naukowych patologicznych oraz sanitarnych i sądowych, których wykonywanie jest nieodzowną potrzebą dla studenta medycyny. Mimo to przywiązuje się do tych ostatnich ćwiczeń o wiele mniejszy rygor i znaczenie, wystarcza bowiem dla studenta tylko jedno takie osobiste ćwiczenie, ażeby być dopuszczonym do egzaminu z anatomji patologicznej lub med. sądowej. Sądzę zatem, że i ćwiczenia sekcyjne z anatomji opisowej dadzą się bez uszczerbku dla wykształcenia studentów ograniczyć do mniejszych rozmiarów, aniżeli to dziś obowiązuje.

Dla poznania budowy ciała ludzkiego posiadamy dziś oprócz anatomji dzięki postępom wiedzy i wynalazkom nauki dwa ważne czynniki, zapomocą których uczymy się anatomji na żywym organiźmie i dzięki którym sprostowaliśmy już też niejedno mylne pojęcie naszej dotychczasowej anatomji trupiej. W czasach średniowiecznych, niemal do połowy 19. wieku, było to dla lekarza nadzwyczaj ważnem źródłem wiedzy, jeśli choć raz mógł się przypatrzyć sekcji zwłok. W czasach dzisiejszych operują lekarze

dzień w dzień, we wszystkich szpitalach, klinikach, sanatorjach i podobnych zakładach na wszystkich odcinkach i najgłębiej umieszczonych organach ustroju ludzkiego i dzięki tym licznym i zawiłym zabiegom operacyjnym poznaliśmy lepiej budowę anatomiczną, aniżeli przez sekcje. Prawdziwy przełom w poznaniu anatomji żywego ustroju ludzkiego zawdzięczamy też cudownym promieniom rentgenowskim. Prześwietlając bowiem ciało, promienie rentgenowskie dały nam prawdziwy obraz kształtu i położenia organów w ustroju żyjącym oraz zmian, jakim one w chorobach podlegają. Ważne te środki poznania były dawniej lekarzom i studentom nieprzystępne i zupełnie nieznane. Jeśli dziś postawilibyśmy sobie pytanie, co dla badania i leczenia chorych uważać należy za ważniejsze, wykonywanie sekcji czy prześwietlania rentgenowskie, i z której z tych dwóch metod badania uczący się może więcej skorzystać, niejednokrotnie musielibyśmy w tym wypadku pierwszeństwo przyznać promieniom rentgenowskim, któremi posługują się dziś nawet anatomowie, zawdzięczając im poznanie prawdziwych postaci i położenia narządów w zwłokach ludzkich.

Na podstawie powyższych rozważań dochodzimy do wniosku, że ćwiczenia anatomiczne medyków nie mają już dziś tego wielkiego znaczenia, jakie przyznawano im w czasach, gdy były najważniejszym środkiem dla studjów anatomji i chirurgji. Można je zatem ograniczyć do mniejszych rozmiarów i nie powinny one być miarodajnym czynnikiem, czy student medycyny może być dopuszczonym do egzaminu z anatomji opisowej lub nie, jak to dziś jeszcze przeważnie się dzieje. Nadszedł już czas, ażeby wydziały lekarskie wzięły pod rozwagę brak materjału sekcyjnego i zreformowały pod tym względem warunki egzaminu z anatomji opisowej. Wtedy ustaną godne pożałowania walki i szantaże o zwłoki oraz kłótnie i bójki wśród studentów. Poruszam tę rzecz w gronie lekarzy, ażeby i oni ją dokładniej rozważyli i swoją opinję wypowiedzieli. Rozstrzygnięcie musimy zostawić wydziałom lekarskim, nie poruczać go jednak jedynie anatomom, gdyż wyrok ze strony samych specjalistów nie będzie napewno bezstronny. Podobnie jak jeszcze nigdy filolog starożytności nie głosował za usunięciem języka starogreckiego z programu nauki szkół średnich.

Dr. J. Fels (Lwów).

OCENY I SPRAWOZDANIA.

L u y s G e o r g e s: *Traitè des Maladies des Vesicules seminales.* Wydane: Paris, Gaston Doin et Comp. 1930 r. Stron 300. Rycin 113 i 2 tablice kolorowe. Cena 50 fr. fr.

Dzieło oparte na 40 letniem doświadczeniu autora, stara się rozszerzyć nasze wiadomości z zakresu anatomji i fizjologji pęcherzyków nasiennych. Również patologja tego organu zajmuje bardzo żywo autora, który stwierdza, że w znacznym odsetku przypadków, przyczyna przewlekania się rzeżączki u mężczyzn tkwi w zakażeniu pęcherzyków nasiennych.

Do niedawnego czasu cała uwaga wenerologów była skoncentrowana na gruczole krokowym. Dopiero prace autora z roku 1913, wskazały na potrzebę zajęcia się także pęcherzykami nasiennemi.

Książka dzieli się na dziesięć rozdziałów, z których dwa pierwsze zawierają anatomję i fizjologję pęcherzyków nasiennych. W trzecim rozdziale podane są sposoby badania tych gruczołów. W czwartym jest omówiona cała *spermato-cystitis* z wyjątkiem gruźliczej. W końcowych ustępach jest mowa o gruźlicy, raku, kile, uszkodzeniach przez uraz, o torbielach i kamieniach pęcherzyków nasiennych.

Rzecz pisana jest stylem jasnym, zajmującym, a na każdym kroku uwydatnia się olbrzymie osobiste doświadczenie L u y s'a.

Osobny dział stanowią wskazówki techniczne dla wesikulektomji i operacji w przypadkach gruźlicy narządów płciowych. Opracował ten dział i zaopatrzył w liczne ryciny Dr. Victor P a u c h e t.

Kauczyński (Lwów).

Dr. S. R u b i n r o t: *Zarys rentgenologji*, wydany w Warszawie, w 1931 r.

Pierwsze polskie dzieło obejmujące całość rentgenologji t. j.: I wiadomości techniczne, II radjodjagnostykę kliniczną i III radjoterapję kliniczną.

Dyspozycja poszczególnych części jest bardzo przejrzysta, styl prosty, zwięzły.

Tekst ilustruje około 400 rentgenogramów, rysunków schematycznych i tabel.

Dzieło podaje ogromnie dużo wiadomości, ale jest rzeczą zrozumiałą, że całość rentgenologji ujęta w szczupłe ramy 440 stron nie może być szczegółowo wyczerpana.

„Zarys rentgenologji" ma więc ogromną wartość jako zestawienie całokształtu wiedzy rentgenologicznej i nadaje się, jak słusznie autor w tytule zaznacza, dla medyków i lekarzy, pragnących zaznajomić się z tą ogromną dzisiaj dziedziną wiedzy lekarskiej. Dla lekarza-rentgenologa nie wystarczy, nie może bowiem dać mu tych drobiazgowych wyjaśnień i uzupełnień, po które się do dzieła specjalnego zwraca.

Dr. Zofja Czyżewska.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLIII, zeszyt 18, z 15 września 1931: P. G a n t k o w s k i: Ś. p. dr. Hipolit Lniski. — S. O k o n i e w s k i: Patologja i terapja ostrej rzeżączki męskiej cewki moczowej w świetle nowoczesnych badań. — Br. Ł e p k o w s k i: Wyniki leczenia gruźlicy płuc wyrwaniem nerwu przeponowego. — L. N i c z y p e r o w i c z: Statystyka operowanych raków sutka na podstawie materjału kliniki poznańskiej.

Lekarz Polski, rok VII, Nr. 9, z 1 września 1931: J. B r z o z a: O przyszłość polskiego sanitarjatu. — W. C h o d ź k o: Gruźlica wiejska a gruźlica miejska. — St. R u d z k i: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — St. K a p u ś c i ń s k i: W sprawie tytułu specjalisty. Rozporządzenie Prezydenta Rz-plitej o organizacji i funkcjonowaniu instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 38, z 17 września 1931: M. S z o u r: Badania z dziedziny diagnostyki czynnościowej układu krążenia krwi (dok.). — M. S z o u r: O nowej próbie wydolności układu krążenia krwi. — A. R y t e l: Współczesny stan poglądów na etjologję i patogenezę cierpień stawowych (streszcz. pogl.). — B. N i k l e w s k i i R. Z w i e r z c h o w s k i: Wstępne badania nad stosowaniem środków tępienia much w oborniku.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 38, z 20 września 1931: K a r a f f a - K o r b u t t: O nauczaniu higjeny na wydziałach farmaceutycznych uniwersytetów polskich (dok.). — Sprawy zawodowe.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 18, z 15 września 1931: Cz. W r o c z y ń s k i: Praktyka lekarska a medycyna społeczna.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 9, z r. 1931: W. R o s e n k r a n z: Przekwitanie u kobiet i mężczyzn. — W. G ł o w a c k a: W sprawie powstawania encephalitów powakcynalnych.

Przyroda i technika, rok X, nr. 7 ,z września 1931: B o ż y d a r S z a b u n i e w i c z: O nowej teorji działania ustroju nerwowego (teorji Weissa). — J. B o r o w i k: Przegląd prac dokonanych w dziale ekonomji i organizacji rybactwa w Bydgoszczy. — A. M o r y ń s k i: Fauna cieplarniana i jej pochodzenie. — A. Ł a s t o w i e c k i: Naukowe zagadnienia lotu Piccard'a.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XX. Nr. 3. Wrzesień, 1930.

S. B. D. A b e r l e, Ar. H. M o r s e, W. R. T h o m p s o n, E. H. P i t n e y (New Haven, Conn): *Stosunek wagi łożyska, pępowiny i błon do wagi płodu w porodach prawidłowych i przedwczesnych.* Zestawienie autorów obejmuje 4129 przypadków i wykazuje, że stosunek wagi łożyska do wagi płodu nie jest wielkością stałą, lecz, że istnieją różnice odnośnie do płci płodu.

W. C. D a n f o r t h, R. M. G r i e r (Evanston, Ilinois): *Rozbiór krytyczny 124 przypadków cięcia cesarskiego szyjnego.* Na 6175 porodów w czasie od 1922—1929 roku w oddziale położniczym Szpitala w Evanston wykonano 124 razy cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy, a 57 razy cięcie cesarskie klasyczne.

Ogółem śmiertelność matek wynosiła 2,2%, w poszczególnych zaś grupach różniła się znacznie, gdyż z 57 operowanych cięciem cesarskiem klasycznem zmarło 3, co czyni 5,2%, zaś z operowa-

nych cięciem cesarskiem szyjnem zmarła tylko jedna; czyni to 0,8%. Śmiertelność dzieci w tej grupie wynosi 3,2%. Co do wskazań, to operowano 66 razy z powodu ścieśnionej miednicy, 14 razy po raz wtóry, 17 razy z powodu zatruć ciążowych, 4 razy z powodu choroby serca, raz z powodu przedwczesnego odklejenia się łożyska, 5 razy z powodu guzów w miednicy małej i raz z powodu gruźlicy płuc, przetoki prostnicowo-pochwowej, guza tarczycy i 5 razy z powodu poprzednich operacyj plastycznych na kroczu.

Autorzy są zwolennikami cięcia cesarskiego szyjnego, gdyż śmiertelność matek jest mniejsza, a następnie mniejsze jest niebezpieczeństwo pęknięcia macicy w czasie następnego porodu. Cięcia cesarskie klasyczne natomiast nadają się dla operacyj, które zmuszeni jesteśmy wykonać na początku czynności porodowej lub nawet przed jej wystąpieniem.

C. O. Mc. Cormick (Indianopolis Ind.): *Nowy przyrząd do uśpienia ogólnego eterem przez odbytnicę.* (Z 2 rycinami).

E. Reis (Chicago, Ill.): *Ropienie w gruczole piersiowym wywołane wstrzykiwaniami lipjodolu* (w celach rozpoznawczych). Opis przypadku uzupełniony 3 fotografjami.

H. J. Tumen (Philadelphia, Pa.): *„Polycythemia" i częściowe zamknięcie venae cavae infer.* Opis przypadku dotyczący 36 letniej murzynki.

Cl. B. Lull (Philadelphia, Pa.): *Acardiacus acephalus* (wedł. klasyf. Birnbauma - Blackera). Opis przypadku z ryciną.

J. J. Gill (Chicago, Ill): *Całkowite wynicowanie macicy.* Opis przypadku dotyczący 150-funtowej pierwiastki rozwiązanej zapomocą operacji kleszczowej. Wynicowanie nastąpiło w czasie prób wyduszenia przyklejonego łożyska, a towarzyszył mu silny wstrząs. Po repozycji wytamponowano macicę i wstrzyknięto pituitrynę. Dziesiątego dnia kobieta ta opuściła szpital.

K. Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynaekologie.

T. 139. Z. 1 i 2.

Ter-Gabrielian: *Zestawienie statystyczne z miejskiego, centralnego ambulatorjum t. zw. Butyrki w Moskwie.* Materjał z lat 1923 i 1924 obejmuje 1120 przypadków, które dzieli autor na 3 grupy. Do grupy pierwszej zalicza chore, u których wykonano sztuczne przerwanie ciąży, do drugiej te, u których wykonano poród przedwczesny, a do trzeciej te, u których poronienie nastąpiło po różnych zabiegach wewnątrzmacicznych, lub po zażywaniu różnych leków.

Najliczniejsza jest grupa pierwsza, obejmująca chore, u których sztucznie wykonano przerwanie ciąży i to najczęściej przed upływem 2½ mies. ciąży. Ilość pierwiastek roniących jest 4—5 krotnie mniejsza aniżeli wieloródek. Z kobiet, które przebyły sztuczne poronienie, blisko połowa cierpi na następstwo tegoż z powodu różnych powikłań, zaś z tych, które samoistnie roniły, tylko część czwarta. Połowa kobiet, które sztucznie wywołały u siebie poronienie, cierpi na skutki tego i to w połowie na bezpośrednie powikłania. Z powikłań bezpośrednich po poronieniach najczęściej przydarza się zapalenie organów rodnych i ogólne wyczerpanie jako następstwo długotrwałych krwawień macicznych. Jako późniejsze skutki poronień wylicza autor zaburzenia w miesiączkowaniu, niepłodność, poronienia i porody przedwczesne, osłabienie płciowe, neurastenję, histerję, zaostrzenie spraw kataralnych w szczytach płuc i proces gruźliczy tak w płucach jak i w gruczołach. Rzadziej jako późniejsze powikłania po poronieniu przydarzają się ciąża zewnątrzmaciczna, stały brak regularności, przeczulica płciowa, wreszcie zapalenie pęcherza i nerek.

Powikłania sprawy gruźliczej u kobiet roniących przydarzają się najczęściej pod koniec 2-go m. ciąży lub później, a objawiają się równocześnie znacznym spadkiem ciałek czerwonych i hemoglobiny tak przed jak i po poronieniu.

Vögel: *Operacje położnicze w związku z płodami nieżywo urodzonemi.* Materjał statystyczny z Kliniki w Leningradzie, przedstawiający częstość stosowania różnych zabiegów celem rozwiązania kobiety rodzącej. Wykazuje on wyraźną tendencję coraz większego znaczenia cięcia cesarskiego kosztem operacyj pochwowych. Autor nie sądzi atoli, aby cięcie cesarskie w przyszłości zastąpić miało wszystkie operacje od strony pochwy. Przemawia przeciwko temu okoliczność, że w ten sposób odsetek operacyj wzmógłby się znacznie, a tem samem chorobliwość i śmiertelność matek. Może jedyną korzyścią takiego stanowiska byłoby urodzenie większej ilości dzieci żywych, co do pewnego stopnia wyrównałoby niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego, na jakie bądź co bądź matka jest narażona. Z operacją kleszczy wysokich, trudnym obrotem z następowem wydobyciem płodu i z wymóżdżeniem konkurować będzie cięcie cesarskie zawsze skutecznie.

Neumann: *Co wiemy o drodze rozwojowej zarodka ludzkiego.* Badania całej, nieprzerwanej serji skrawków maleńkich zarodków ludzkich (w materjale autora najdłuższe 5 mm) wykazuje w ogonowym odcinku jelita, w mesenchymie krezki, w nasadzie krezki i poniżej pola gruczołów płciowych duże, pęcherzykowate komórki zarodkowe („pierwotne komórki płciowe", — „entodermalne komórki wędrujące", — *„extraregionäre Genitalzellen").* W dalszym wzroście zarodka stwierdzić można masowe zwiększanie się liczby tych komórek. Po zróżniczkowaniu gonady w jądro lub jajnik nie mógł autor już wykazać tych komórek. Ilość ich zmniejszała się już u zarodków o długości 12,5 mm. Oprócz miejsc na wstępie wymienionych znajdywał autor te komórki również w bezpośredniem sąsiedztwie aorty brzusznej i w kanalikach względnie kłębkach pranercza. Nie mógł znaleść żadnych cech morfologicznych przemawiających za czynnem wędrowaniem tych komórek, ani też postaci dowodzących dzielenia się jąder. Kontrolne badania zarodków mysich wykazały, że komórek tych niema na pewne przed 8 dniem rozwoju.

Na podstawie powyższych wyników badań stwierdzających, że nie można wykazać żadnego bezpośredniego związku tych komórek z komórkami płciowemi, miejscowemi i że nie udało się to nawet w doświadczeniach na zwierzętach, śledzących rozwój zarodka aż do stadjum brózdkowania, sądzi autor, że nie można komórek tych uważać za komórki płciowe pierwotne. Wobec braku czynnych ruchów uważa nazwę tych komórek „entodermalne komórki wędrujące" za zbyt śmiałą i uważa za właściwszą nazwę „duże pęcherzykowate komórki zarodkowe" *(grosse blasige Embryonalzellen).*

Na podstawie dotychczasowych badań autora jako też i innych badaczy nie można mówić o nieprzerwanym, histologicznie stwierdzonym rozwoju zarodka u zwierząt ssących i u człowieka.

Zapatrywanie to nie wyklucza wcale uznania nauki o rozwoju zarodka, podkreśla ono tylko, iż nie jest rzeczą dowiedzioną, aby w mowie będące komórki były prakomórkami płciowemi.

Dopóki brak jest tego dowodu, nie mamy prawa przyjmować charakteru tych komórek za rzecz pewną. Wynika z tego, że błędem jest wyprowadzać z tych komórek genezę nowotworów, gdyż o ich późniejszych losach nic nie wiemy.

K. B. (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 8. — 1931.

N. Hennik: *Nowe badania diagnostyczne i leczenie schorzeń żołądka.* Metoda dobywania treści żołądkowej sondą dwunastniczą porcjami, przez przeciąg całego trawienia, posiada w wypadkach, jak *ulcus duodeni, gastritis errosiva* znaczenie rozpoznawcze, przez nagłe podniesienie się krzywej wydzielania kwasu solnego, w obecności i innych typowych objawów. Próba histaminowa pozwala odróżnić achylję pochodzenia organicznego od pseudoachylji. Histamina bowiem, omijając nerwy, drogą humoralną działa wprost na komórki gruczołów dna, więc w przypadkach pseudoachylji następuje wydzielanie kwasu solnego. Nie jest to jednak pewna metoda. Chromoskopja żołądkowa polega na wprowadzeniu do krwiobiegu czerwieni obojętnej, która u ludzi z nadkwaśnością wydziela się do żołądka b. szybko, wolniej przy prawidłowej kwasocie, najsłabiej względnie wcale nie przy niedokwaśności, czy achylji. Gastroskopja w rękach doświadczonego badacza przestaje być niebezpieczną, pozwalając bezpośrednio okiem obserwować zmiany błony śl. żołądka, zwłaszcza wczesne stadja nacieków rakowych, czy też owrzodzeń trawiennych. Dalej pozwala obserwować gojenie się wrzodów trawiennych, a przez to pozwala oceniać siłę i postęp leczenia. Terapja: obok znanego sposobu Sieppy'ego, Balint podaje duże ilości alkaliów aż do zalkalizowania moczu, należy jednak unikać alkalozy. Ominięcie żołądka w torze trawiennym przez wprowadzenie sondy do jelita cienkiego — to sposób starający się chronić żołądek przed urazami.

Gutfeld: *Wnioski z śmiertelnych przypadków po szczepieniu gruźliczem w Lubece.* Ponieważ jako pożywki do hodowania BCG. użyto podłoża niewykonanego według przepisu Calmette'a, więc w tym przypadku wykonano szczepienie nie sposobem Calmette'a, lecz modyfikacją jego, co absolutnie metody właściwej obciążać nie może.

H. Straus: *Lues żołądka.* Po przedstawieniu historji choroby opisywanego przypadku, przeprowadza autor diagnozę różniczkową, uwzględniając przedewszystkiem raka żołądka, z którym *lues* ma najwięcej wspólnych objawów. Ponieważ wskazania lecznicze są zupełnie inne w obu jednostkach, przeto tylko

w przypadkach zupełnie pewnych, zresztą b. rzadkich, można stosować leczenie przeciwkiłowe.

L. Seltmann: *Trujące działanie psianki.* Po użyciu psianki jako przyprawy do potraw zamiast pietruszki ogrodowej wystąpiły u osób, które te potrawy spożyły, objawy zatrucia w postaci wymiotów, bólów brzucha, ogólnych skurczów mięśni. W moczu ślad białka, pojedyńcze krwinki, wałeczki, leukocyty. Substancją chemiczną wywołującą to zatrucie jest prawdopodobnie alkaloid zbliżony do koniiny.

Scheidel: *Następstwa czerwonki u uczestników wojny.* Przy ocenianiu następstw należy oceniać objawy przedmiotowe, ponieważ dolegliwości przedmiotowe często są symulowane dla uzyskiwania wyższych rent inwalidzkich. Po przebyciu czerwonki może istnieć wrażliwość całego przewodu pokarmowego na cięższe strawne pokarmy, albo też powstawać mogą miejscowo blizny, zaciągnięcia, stany kataralne, przerosty błony śluzowej, ropienia czy owrzodzenia, względnie wyniszczenia, zaburzenia nerwowe, anemja.

Wilke: *Doświadczenie z metodą guttadjaphot.* Metoda powyższa, chociaż oddzielnie stosowana nie ma wartości diagnostycznej, to jednak obok innych badań, może przy pewnym doświadczeniu, zwłaszcza w kile, stać się metodą pomocniczą.

Riebeling: *Mikro-reakcja Meinickego wyjaśnienia w płynie mózgo-rdzeniowym.* Reakcja owa jest znacznie prostsza i wymaga mniej czasu i może być stosowana w przypadkach luetycznych z niewielką stosunkowo pomyłką bo 2%.

H. Hamburger: *Leczenie inhalacjami, w szczególności transpulminą, schorzeń górnych dróg oddechowych.* Inhalacja ma za zadanie ułatwiać zetknięcie się leku z miejscem schorzenia. W przypadkach przewlekłych schorzeń górnych dróg oddechowych transpulmina, rozpylana na błonach śluzowych, staje się silnym środkiem leczniczym.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1931 r.

Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

1. Kol. Frenkenberg pokazał chorego *z częściowym uszkodzeniem splotu barkowego i bólami pochodzenia prawdopodobnie współczulnego.*

Chory przed 8 tygodniami został uderzony bagnetem w prawą okolicę barkową. Odczuł silny ból w całej kończynie górnej. Po 4 tygodniach badanie chorego wykazało: blizna 3 cm długości prostopadła do górnego brzegu m. kapturowego prawego. Dłoń prawa obrzmiała, zasiniona, cieplejsza, niż po stronie lewej; na ostatnich członkach kciuka i palca wskazującego gruba warstwa nabłonka zrogowaciałego. Unoszenie przedramienia, zginanie w stawie łokciowym, zginanie palca wskazującego i kciuka i przeciwstawienie kciuka upośledzone. Odruchy głębokie zachowane. Pas znieczulenia na wewnętrznej powierzchni przedramienia wzdłuż kości promieniowej. Na pierwszych dwóch palcach silna przeczulica. Bóle wzdłuż całej kończyny. Bezsenność. Zwykłe środki przeciwbólowe nie sprawiały żadnej ulgi choremu, raczej pogorszenie. Pilokarpina nieco uspakajała bóle, chory nie znosił jej jednak. Gynergen natychmiast uspakajał bóle na 3—4 godz. (po $^1/_2$ ampułki), na 8—10 godz. (po całej ampułce). Chory otrzymał 6 zastrzyków gynergenu. Bóle prawie całkowicie ustąpiły. Eukodal po odstawieniu gynergenu również uśmierzał sporadycznie powtarzające się bóle. Jednocześnie z bólami ustąpiły zaburzenia ruchowe. Pas znieczulenia na przedramieniu pozostał. Rozpoznano częściowe uszkodzenie splotu barkowego *(n. axillaris, medianus et musculo-cutaneus).* Bóle ustępujące tak wybitnie pod wpływem porażającej układ współczulny ergotaminy, należy uważać za bóle współczulne. Świadczą o tem również zmiany troficzne na palcach. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. Sobol zapytuje, czy nie był to przypadek neuralgji i czy nie nasuwała się myśl zastrzyku alkoholu.

Kol. Rożkowski zaleca ostrożność w użyciu gynergenu, gdyż po dłuższem stosowaniu spostrzegano zgorzel kończyn. Gynergen łagodzi, albo usuwa niektóre objawy choroby Basedowa, natomiast przy bólach trzewnych, które są przeważnie pochodzenia współczulnego, gynergen pozostaje bez skutku.

Prelegent odpowiada, że nie można było zastrzyknąć alkoholu, ponieważ nie było wiadomo, jaki pień nerwowy jest podrażniony. Co do bólu trzewnego, nie ustalono, aby pochodził on tylko od n. współczulnego, gdyż i nerw błędny może wywoływać ból. Przy bólach narządów wewnętrznych lepiej działa atropina. Zgorzel po zastrzykach gynergenu zdarza się, ale bardzo rzadko.

2. Kol. Rosner (z Warszawy) wygłosił odczyt: *„Postulaty współczesnej farmakoterapji z przykładami na preparatach „Ciba".*

Prelegent podkreśla, że im bardziej poznajemy fizjologję człowieka, tem bardziej odsuwamy się od dawnego empiryzmu w leczeniu i przechodzimy do terapji racjonalnej. Postępy chemji i współpraca lekarzy, chemików i przyrodników pozwalają w chwili obecnej ściśle przewidywać działanie na organizm ludzi rozmaitych połączeń chemicznych. Również i organoterapja opiera się na coraz bardziej pewnych podstawach, dzięki rozszerzeniu się naszych wiadomości o gruczołach dokrewnych. Następnie prelegent omawia skład i działanie poszczególnych preparatów „Ciba".

Dyskusja: Kol. Łokczewski zapytuje w jaki sposób działa maść atochinolowa, a kol. Szaniawski czem się różni działanie kamfory i koraminy. Prelegent odpowiada, że maść atochinolowa doskonale wchłania się przez skórę, że atochinol jest tu rozpuszczony w lipoidzie. Koramina działa podobnie, jak kamfora, lecz dzięki rozpuszczalności koraminy w wodzie i szybszemu wchłanianiu się, działa znacznie szybciej.

3. Kol. Łokczewski wygłosił z powodu zgonu prof. Bronisława Sawickiego poniższe przemówienie.

W dniu 11 stycznia b. r. polska medycyna, a w szczególności chirurgja, okryła się nową żałobą. W dniu tym zmarł w 70 roku życia honorowy profesor Uniwersytetu Warszawskiego, członek honorowy wielu towarzystw lekarskich i naszego Częstochowskiego — Bronisław Sawicki. Był on z szeregu tych, co tworzą kulturę narodu.

Sawicki urodził się w r. 1860 w Siedleckiem: gimnazjum i uniwersytet ukończył w Warszawie. Po ukończeniu studjów lekarskich w r. 1883 pracował w klinice prof. Jefremowskiego i już w 1886 r. otrzymał ordynaturę w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Oto garść wspomnień osobistych z r. 1900, kiedy kol. Łokczewski pracował na Jego oddziale. Po wielkich i zasobnych szpitalach Petersburga stary szpital Dzieciątka Jezus czynił wrażenie skromnego budynku. Takim był i oddział Sawickiego, składający się z sali 16-ej, niedużego pokoju operacyjnego i małego pokoiku, gdzie mieściły się laboratorjum podręczne, przyrządy do sterylizacji, a zarazem i garderoba asystentów. Pomimo tak skromnych warunków na sali 16-ej od wczesnego rana do godz. 3 po południu wrzała wytężona praca. O ile Polski w tym czasie nie było na mapie, — była Polska na sali Sawickiego. Posiadał on już wówczas swą sztukę w pełni. Operacje w jamie brzusznej i ginekologiczne, które stanowiły przeważającą większość, wykonywał z nieskazitelną techniką; z szeregu innych operacyj z wielką umiejętnością wykonywaną była operacja wyłuszczania gruczołów na szyi.

Sumienny i żądny wiedzy lekarz ś. p. Sawicki często wyjeżdżał zagranicę, znał doskonale kliniki obce, i nowe zdobycze gorliwie przenosił na nasz grunt. Jako doskonały nauczyciel i kierownik oddziału, miał zawsze licznych asystentów; w roku 1900 pracowali przy Nim: Antoni Leśniowski, Zaborowski, Witold Żurakowski, Kossobudzki, Cykowski, Stanisławski, Kozicki; częstymi gośćmi byli lekarze innych specjalności, Janowski, Męczkowski, Flatau, gdyż Sawicki dążył zawsze do ścisłego rozpoznania każdego przypadku drogą narad; tu również miał pole do pracy Wacław Łapiński. Sawickiego cechowała na oddziele wysoka życzliwość dla współpracowników: bez cienia zazdrości dawał młodemu lekarzowi wszystko, co mógł, niemal odrazu pozwalał asystentom operować, asystując sam, dbał bowiem nie o siebie, lecz o rozwój chirurgji w Polsce. Jako lekarz-patriota żądał prowadzenia kart szpitalnych w języku polskim obok urzędowych w języku rosyjskim. Jako zamiłowany nauczyciel prowadził w ciągu szeregu lat wykłady dla felczerów, zaznajamiając ich z terminologją polską. Co miesiąc urządzał w swem mieszkaniu zebrania kliniczne dla pracujących na oddziele lekarzy.

Bronisław Sawicki zostawił też dużo prac naukowych (około 40), ogłoszonych w różnych czasopismach lekarskich. Prace te można podzielić na trzy grupy: prace naukowe, publicystyczne i kazuistyczne. Szczególnie cenne są prace zmarłego z dziedziny szpitalnictwa, gdyż trudno znaleść w Polsce lekarza, któryby lepiej znał się na szpitalnictwie i bardziej odczuwał braki naszych szpitali. Bardzo też wartościowe są prace jego z dziedziny balneologji; znajdujemy też wśród prac Sawickiego szereg życiorysów zmarłych lekarzy.

Poza działalnością lekarską również dużo czasu poświęcał ś. p. Bronisław Sawicki pracy na niwie społecznej. Był on organizatorem i współzałożycielem Gazety Lekarskiej; należał do bardzo czynnych członków „Kasy wsparcia dla lekarzy podupadłych". Brał udział we wszystkich zjazdach lekarskich w kraju i chirur-

gicznych zagranicą. Był człowiekiem honorowym całego szeregu Towarzystw Lekarskich, prezesem i sekretarzem stałym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Przed 3 laty dużo pracował w organizacji związku lekarzy słowiańskich i w sprawie tej przyjeżdżał do Częstochowy.

Jako człowiek, odznaczał się bardzo żywym umysłem, dowcipem, był towarzyski i b. uczynny, co przy pociągającej powierzchowności jednało mu sympatję świata lekarskiego i chorych. (Streszczenie własne).

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 10 czerwca 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. F. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 3-go czerwca b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr. Kwaśnickim, prezesie i członku honorowym Tow. Lek. Krak., które obecni uczcili przez powstanie.

Kol. Chłopicki demonstruje dwa przypadki *uszkodzenia mózgu z zaburzeniami psychicznemi.* (Autoreferat).

1) Chory lat 32, we wrześniu ub. r. spadł podczas pracy z dachu. Przez 4 dni był nieprzytomny. Po odzyskaniu przytomności nie słyszał na prawe ucho, miał silne bóle głowy i wymioty. Lekarze w szpitalu w Białej stwierdzili złamanie prawego obojczyka i podstawy czaszki. Chory przez 4 tygodnie leżał w szpitalu. Do kliniki neurologicznej zgłosił się ze skargami na bóle głowy, zawroty, szum w głowie, łatwe męczenie się. *Potum et luem negat.* W 17-tym roku życia przy pracy w fabryce stracił lewe oko.

Przedmiotowo: Źrenica prawa reaguje na światło i akomodację. Prawy fałd noso-wargowy w spokoju płytszy, przy szczerzeniu zębów prawy fałd głębszy (*contractura*). Wybitne upośledzenie słuchu po stronie prawej. Obniżenie czucia na prawej połowie czaszki, sięgające z tyłu poniżej granicy owłosienia, a z przodu — do obojczyka. Psychicznie: drażliwy, pobudliwy, z lada powodu dostaje przymusowego płaczu, od którego nie może się żadną miarą powstrzymać — co sprawia mu wielką przykrość. Badania dodatkowe: Wa z krwi i płynu m.-rdz. ujemny. Nonne-Apelt z płynu m.-rdz. ujemny. Pleocytoza 0. Dno oka i pole widzenia bez zmian. Zniesienie pobudliwości prawego nerwu przedsionkowego. W tym przypadku, jak wogóle w cięższych przypadkach uszkodzenia mózgu — mają miejsce równocześnie wszystkie trzy rodzaje uszkodzenia mózgu, wstrząs, uszkodzenie we właściwym tego słowa znaczeniu, względnie stłuczenie mózgu i jego ucisk. Obniżenie czucia, obejmujące prawą połowę czaszki i prawą połowę szyi, nosi raczej cechy uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym — a więc należy do kategorji stłuczeń mózgu; nie można jednak przytem wykluczyć możliwości zaburzeń w cząsteczkowej budowie tkanki mózgowej, która ma według Horna leżeć u podstawy wstrząsu mózgu — oraz objawów ucisku mózgu, na co wskazywałyby silne bóle głowy i wymioty po wypadku. Interesującym w tym przypadku jest stan psychiczny chorego, a zwłaszcza zachowanie się jego sfery afektywnej. Jakkolwiek sprawa lokalizowania afektów należy do najbardziej nieuchwytnych problemów, to jednak w tem zagadnieniu posiadamy jeden niewątpliwy pewnik, a mianowicie, że sprawność i prawidłowy przebieg życia afektywnego związane są z całością i nienaruszeniem mózgu. Za ilustrację tego służą zaburzenia psychiczne w przebiegu mniej lub bardziej rozległych zmian anatomicznych mózgu, w t. zw. psychozach organicznych, gdzie spotykamy się zazwyczaj z obrazem „nieopanowania afektywnego" — *„incontinentia emotionalis"* polegającego na zniesieniu, względnie upośledzeniu hamulców afektywnych i na uniezależnieniu się wskutek tego przejawów afektywnych od woli danego osobnika. O ile się uwzględni, że sfera afektywna dziecka w najwcześniejszych okresach jego rozwoju wykazuje cechy podobne, ze znamiennym brakiem hamulców afektywnych, z łatwem narastaniem afektów do stanów maksymalnego nasilenia, że całe życie afektywne dziecka mieści się w formule „wszystko albo nic" — to zrozumiałą stanie się analogja pomiędzy przejawami psychicznemi mózgu dziecka, mającego w przyszłości wyrosnąć, „udoskonalić się" i wytworzyć hamulce i mechanizmy regulujące przebieg afektów, a mózgiem ludzi dorosłych, ale z anatomicznemi ubytkami, a więc i z ubytkami względnie upośledzeniem wytworzonych mechanizmów regulujących.

2) Chory, lat 33, górnik, w październiku ub. r. bryła węgla spadła mu na głowę, wgniatając czaszkę w prawej okolicy czołowej. Przez 4 dni był nieprzytomny. Po 2 dniach operowany, po 2 tygodn. zaczął wstawać, a po 3 — opuścił szpital. Po wyjściu ze szpitala silne bóle głowy, zawroty i osłabienia. Od czasu wypadku miał stracić pamięć. *Potum et luem negat.* Ożenił się w 27 r. życia. Żona 2 razy rodziła, poronienia 0. Przedmiotowo: ubytek kostny, tętniący, wielkości śliwki w prawej okolicy czołowej. Prawa źrenica szersza. Źrenice dobrze reagują na światło i przystosowanie się. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Oczopląsu brak. Prawy dolny nerw twarzowy słabszy. Odruchy głębokie lewej ręki nieco żywsze jak na prawej ręce. Odruch kolanowy lewy żywszy od prawego. Rossolimo po prawej stronie słabo dodatni. Poza tem odruchów patologicznych brak. Przy staniu z zamkniętemi oczyma przechyla się w stronę prawą i ku tyłowi. Przy chodzeniu z zamkniętemi oczyma zbacza w prawo. Oziębianie chlorkiem etylu ubytku kostnego wywołuje zwiększenie pochylania się chorego w prawo i nasila zbaczanie w prawo przy chodzeniu. Oczopląsu i zbaczania rąk przy tem brak. Psychicznie: Apatyczny, milczący, samorzutnie nie wypowiada żadnych skarg, niczem się nie interesuje, myśli wolno i ociężale, nie wykazuje zupełnie własnej inicjatywy. Badania dodatkowe: Wa z krwi i pł. m.-rdz. ujemny. Nonne-Apelt z pł. m.-rdz. ujemny. Dno oczu i pole widzenia prawidłowe. Upośledzenie słuchu lekkiego stopnia na ucho prawe. Nadwrażliwość pr. n. przedsionkowego.

W powyższym przypadku, podobnie jak i w poprzednim mamy najprawdopodobniej wszystkie 3 rodzaje uszkodzenia mózgu. Objawy wzmożenia odruchów ścięgnistych w kończynach lewych należy tłumaczyć stanem lekkiego uszkodzenia, względnie zadrażnienia dróg piramidowych, przebiegających w pobliżu upośledzonego prawego płata czołowego.

Upośledzenie prawej dolnej gałązki n. twarzowego mogłoby być skutkiem uszkodzenia pr. płatu czołowego — jak to opisał Herrmann — jako wyraz uszkodzenia korowej reprezentacji ruchów mimicznych twarzy, dających impulsy do obu policzków — względnie uszkodzenie odpowiednich dróg — gdyby istniało upośledzenie n. twarzowego i po przeciwnej stronie, jak w przypadkach Herrmanna — ponieważ jednak w naszym przypadku tak nie jest, więc prawdopodobniejszem wydaje się uszkodzenie dróg piramidowych w półkuli lewej, zaczem przemawiałby również objaw Rossolimo na nodze prawej. Przechylanie się chorego na stronę prawą i zbaczanie w prawo przy chodzeniu z zamkniętemi oczyma (bez kontroli wzroku), nasilające się przy oziębianiu kostnego ubytku w okolicy czołowej świadczy o uszkodzeniu drogi czołowo-mostowo-móżdżkowej *(fascic.-ponto-cerebellaris)*, którego całość zapewnia zachowanie kierunkowości ruchów.

Co do zaburzeń psychicznych w naszym przypadku, to obraz tych zaburzeń jest złożony — obok wyraźnych zaburzeń afektywnych: apatji, braku zainteresowania otoczeniem i nawet swoim losem, stwierdzamy również zaburzenia woli pod postacią braku, względnie wybitnego obniżenia wszelkich impulsów psychicznych — czyli t. zw. aspontaniczność. Wprawdzie i w tej aspontaniczności można dopatrzeć się akcentów afektywnych, ponieważ wogóle przeprowadzenie ścisłego podziału pomiędzy składnikami afektów i woli jest b. trudne, a częstokroć wprost niemożliwe. O ile chodzi o sferę afektywną, która stanowi nietylko składnik zcalający całą psychikę, lecz również ożywiający poszczególne przeżycia psychiczne określonym zabarwieniem afektywnem lub też według obrazowego wyrażenia Pieńkowskiego odgrywający w psychice rolę płaszczyzn, po których z mniejszą lub większą szybkością toczą się nasze przeżycia i myśli — w zależności od kąta nachylenia tych płaszczyzn, to w naszym przypadku mamy wybitne zwolnienie przeżyć psychicznych i wielkie ubóstwo wyposażenia afektywnego poszczególnych przeżyć. W sferze zaś woli, której istotną cechą jest aktywność, stwierdzamy tu wybitne obniżenie właśnie tej aktywności.

Uszkodzenie głównie prawego płatu czołowego pozwala nam z pewnem prawdopodobieństwem odnieść opisane zaburzenia psychiczne do tego głównego ogniska, ponieważ już omawiane zaburzenia psychiczne były opisywane przy podobnych umiejscowieniach sprawy chorobowej. Musimy jednak odnosić się z wielką ostrożnością do lokalizowania spraw psychicznych, albowiem przesadna schematyzacja w tej dziedzinie, jak mówi Wilson, może przynieść więcej szkody dla zgłębienia całego zagadnienia, niż pożytku. Psychiczne objawy przy sprawach ogniskowych mózgu należy traktować tylko, jako pewne widoczne sygnały ze strony systemu nerwowego, które pozwolą z czasem bliżej wejrzeć w niezmiernie złożone stosunki, dotyczące podłoża anatomicznego przeżyć psychicznych.

Kol. Paszkowski. Pacjentka w wieku lat 34 przybyła do kliniki 12 kwietnia w stanie ciężkim; była senna, przymroczona, zdezorjentowana. Na pytania odpowiadała powoli, lecz sprawnie

co do treści. Gdy się przestawało do niej mówić, zasypiała natychmiast — budziła się jednak łatwo pod wpływem lekkich bodźców. W nastroju była pogodnym, nawet żartowała. Na żadne dolegliwości się nie skarżyła. Osoby znajome poznawała odrazu.

Neurologicznie stwierdzało się szerszą lewą źrenicę; reakcja źrenic na światło była zachowana. Lewy kącik ust obniżony. Usta przeciągnięte w prawo. Gorzej je otwierała po stronie lewej. Język zbaczał w lewo, był silnie obłożony. Kończyny lewe były zupełnie bezwładne. Napięcie mięśniowe było lekko w nich wzmożone, zwłaszcza przy wyprostowywaniu ramienia w stawie łokciowym. Różnicy w odruchach w porównaniu ze stroną prawą nie udało się wykazać. Po stronie lewej wyraźny Babiński. Kończyny prawe były bez zmian.

Odruchów brzusznych nie udało się wywołać. Czucie bólowe upośledzone po lewej stronie ciała. Głowę chętnie trzymała zwróconą w stronę prawą. Powieki stale zamknięte, na polecenie ich nie otwierała, mimo iż inne polecenia wykonywała. Gałki oczne trzymała zwrócone w stronę prawą. W stronę lewą na polecenie spojrzeć nie potrafiła. Z innych objawów stwierdzono sztywność karku, lekki *opisthotonus*. Kernig +. Brudziński łonowy +. Ciepłota 37.3°. Oddech miarowy, pogłębiony, chrapliwy. Tętno miarowe, dobrze wypełnione i napięte, twarde. Ciśnienie krwi 160 mm Hg. Poza tem stwierdzono ciemno-brunatne zabarwienie w linji środkowej brzucha, podobne zabarwienie na otoczkach brodawek sutkowych, obecność cieczy mlecznej w sutkach, odchody krwawe z pochwy i guz w jamie brzusznej, wychodzący z miednicy małej i sięgający szczytem do połowy odległości między pępkiem i spojeniem łonowem.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pacjentka przed kilkunastu godzinami odbyła poród kleszczowy, podczas którego była nieprzytomna i miała drgawki. Ponieważ podczas trwania tych dgawek zauważono w klinice ginekologiczno-położniczej pewne objawy ze strony układu nerwowego, przeto pacjentkę wkrótce po rozwiązaniu oddano nam. W pierwszym tygodniu pobytu w klinice stan chorej stał się jeszcze cięższym: ciepłota wzrosła do 38.5°, tętno do 140 i utrzymywało się na tym poziomie nawet wtedy, gdy temperatura spadała do 37°. Objawy oponowe nadal utrzymywały się, senność wzrosła. Oddech chrapliwy, niekiedy zaznaczony Cheyne-Stokes. Płyn mózgowo-rdzeniowy, pobrany na drugi dzień po przyjęciu, był silnie krwawy, po odwirowaniu ksantochromiczny. Początkowe ciśnienie 40 mm Hg. Niemal codziennie wykonywaliśmy nakłucie lędźwiowe. Równocześnie przepłukaliśmy przestrzeń podpajęczynówkową płynem Ringera; raz jeden wprowadziliśmy dokanałowo surowicę przeciwpaciorkowcową. W preparatach barwionych z osadu znajdowaliśmy dużo ciałek czerwonych wyługowanych, znaczną ilość ciałek białych, pomiędzy któremi początkowo przeważały leukocyty obojętnochłonne, ustępujące stopniowo miejsca limfocytom dużym i małym; w końcu znajdowaliśmy już tylko same limfocyty małe. Pleocytoza, wynosząca początkowo 254, spadała stopniowo. Płynu wypuszczaliśmy od 30 do 60 cm³; płyn stopniowo wyjaśniał się, natężenie ksantochromji malało. Posiewy płynu mózgowordzeniowego na pożywki po 48 godzinach okazały się jałowemi. W moczu utrzymywało się stale białko; w osadzie znajdowaliśmy wałeczki ziarniste i szkliste, nabłonki nerkowe, ciałka czerwone lub ich cienie. Pod koniec drugiego tygodnia leczenia ciepłota spadła, ustąpiły objawy oponowe, ciśnienie krwi spadło do 115 mm Hg, znikła senność i przymroczenie, wystąpiła natomiast apatja, brak wszelkich zainteresowań, pewnego rodzaju bezruch psychiczny. Po upływie miesiąca w moczu znaleźliśmy zaledwie kilka krwinek czerwonych, poza tem mocz był bez zmian. Inwolucja połogowa narządów rodnych, stan których kontrolował p. Doc. Keller, odbywała się prawidłowo. Jeśli chodzi o stronę neurologiczną chorej, to przed miesiącem zauważyliśmy ruchy w kończynie dolnej lewej. W 10 dni później zauważyliśmy również lekkie ruchy lewej kończyny górnej. Dzisiaj chora usiłuje już chodzić, co udaje się jej przy pewnej pomocy. W stanie psychicznym brak zmian, jeśli chodzi o intelekt. W sferze uczuciowej zaznacza się pewnego rodzaju *incotinentia emotionalis*, polegająca na występowaniu nie dającego się opanować, krępującego pacjentkę śmiechu, a niekiedy niepowściągliwego płaczu z pobudek błahych. Jeśli chodzi o rozpoznanie, to dziś mamy u chorej niedowład lewej połowy ciała o typie torebkowym z zajęciem obu kończyn, twarzy i języka, ze wzmożeniem napięcia mięśniowego, ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych, ze stopoplasem, z dodatnim Babińskim, dodatnim Rossolimo i z połowiczem upośledzeniem czucia. Duża obecność krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym świadczy o krwotocznem pochodzeniu sprawy. Co do lokalizacji, to można tu myśleć albo o dwóch ogniskach: w okolicy torebki wewnętrznej i blisko kory; albo też o przebiciu ogniska krwotocznego z torebki wewnętrznej do komory; za tem przemawiałaby długo trwająca senność i wzniesienie ciepłoty, jakie występują przy podrażnieniu tych okolic. Dewiacja zaś gałek ocznych i głowy wskazywałaby na rozległość ogniska krwotocznego. Powstanie silnie zaznaczonych w tym przypadku objawów oponowych należałoby tłumaczyć podrażnieniem opon przez nagromadzenie się krwi z korowego ogniska, względnie z komory przez otwór Monroe'go do przestrzeni podpajęczynówkowej. Co do rokowania, to wydaje nam się, że poprawa będzie postępowała nadal ze względu na młody wiek pacjentki; czy nastąpi *restitutio ad integrum*, o tem mówić mi się wydaje na razie rzeczą ryzykowną.

W dyskusji zabiera głos kol. Doc. Artwiński, który uważa, że jest to jeden z licznych obecnie występujących przypadków spraw krwotocznych w mózgu, nie mających nic wspólnego z porodem; kilka podobnych przypadków pozostaje w leczeniu oddziału chorób nerwowych.

Kol. Reiner zapytuje, czy u chorych była badana reszta azotowa we krwi, gdyż to mogłoby rozstrzygnąć sprawę czy miała tu miejsce eklampsja — czy też proces mózgowo-oponowy.

Kol. Frommer sądzi, że podobne objawy występują zwykle na tle eklampsji, zapytuje o przebieg porodu i ciąży.

Kol. Paszkowski w odpowiedzi zaznacza, że chora przed porodem była zupełnie zdrowa i że ginekologowie obecni przy porodzie przypuszczali, że może to być eklampsja. Podczas porodu plam na skórze nie zauważono.

Kol. Seidl wygłasza odczyt p. t.: *„Najnowsze prądy w wodolecznictwie w leczeniu zaburzeń krążenia"*. (patrz Pol. Gaz. lek Nr. 24 i 25 1931).

W dyskusji zabierali głos kol. Doc. Zieliński i prelegent.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 17. czerwca 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. F. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 10-go czerwca b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Dziuba przedstawia przypadek *choroby Banga u 30-letniego lekarza weterynarji*. Po omówieniu etjologji i wyników badania klinicznego tej choroby, podkreśla niezwykłe powikłanie jakie w tym przypadku wystąpiło w postaci *neuritis optica et retinitis haemorhag. oculi sinistri* (przypadek zostanie ogłoszony drukiem).

Kol. Kowarzyk wygłosił odczyt p. t.: *„Nowoczesne poglądy na mechanizm krzepnięcia krwi"*. Prelegent omówił teorję Weldschmidt-Leitza: identyczności zaczynu włóknikowego i trypsynokinazy oraz poglądy Bordet'a i Fuchsa na mechanizm krzepnięcia krwi. W związku z pracami Loeba i Bordeta prelegent przedstawił problem specyficzności biochemicznej włóknika, oraz biochemicznej diagnostyki raka i chorób zakaźnych według poglądów Fuchsa. Omawiając własności protrombiny przedstawił dowody jej identyczności z częścią globulinową dopełniacza. Nawiązując do prac Bordeta nad proserozymem i Howella nad heparyną przedstawił dowody braku wolnego komplementu we krwi krążącej i zwrócił uwagę na zasadnicze znaczenie tych prac dla niektórych dziedzin fizjologji i patologji. (Praca ukaże się w druku).

Sekretarz doroczny: *Dr. St. Roman.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia w dniu 6 maja 1931 r.

1. Kol. Barciński: *„O promieniach Roentgena i ich wpływie na nowotwory złośliwe"*. Epokowe odkrycie Galvaniego, odbiegające zasadniczo od wszystkiego, co wówczas znane było w nauce, stanowiło punkt wyjścia dla badań nad świeżo poznaną energją elektryczną. Praca dwóch generacyj postawiła nas dziś wobec jednego z najpiękniejszych zastosowań energji elektrycznej — radja, którego fale elektromagnetyczne oplotły całą kulę ziemską. Fizyka i biologja współczesna dostarczyły dowodów współmacierzystego pochodzenia wszystkich fal elektromagnetycznych i ich niezbędną obecność w organizacji wszelakich form życia świata organicznego. Wszystkie fale elektromagnetyczne gatunkowo są identyczne, różnią się tylko długością fali, względnie ilością drgań na sekundę. Efekt biologiczny jest w stosunku prostym do ilości drgań na sekundę użytej fali elektromagnetycznej. Najdłuższe fale elektromagnetyczne zwane falami Hertza używane są w telegrafie bez drutu i radjo, następnie idą promienie cieplne i widzialne, później promienie utrafioletowe wreszcie promienie Roentgena i radu. Na samym końcu stoją promienie ultragamma, dochodzące do kuli ziemskiej z astronomicznych odległości — z dróg mlecznych. Terenem działania promieni cieplnych, widzialnych i ultrafioletowych jest drobina. Promienie Roentgena i radu zaczepiają bezpośrednio atom w jego częściach składowych, a mianowicie — elektron. Działanie pr. R. ma miejsce tam,

gdzie zostały one zaabsorbowane; zmiany przez nie wywołane nie noszą specyficznego charakteru, idą w kierunku zwykłych zmian biologicznych, obserwowanych przy samoistnem cofaniu się lub gojeniu procesów fizjologicznych lub chorobowych, są one tylko wyraźniej zaakcentowane pod względem szybkości ich powstawania. Tak zwana dawka drażniąca promieni Roentgena, która byłaby w stanie pobudzić komórki do żywszej funkcji życiowej, nie jest do dnia dzisiejszego dowiedziona, natomiast destrukcyjne działanie pr. R. jest znane oddawna i to ostatnie jest wyłączną wadą dzisiejszej rentgeno-terapji. Promienie R. denaturują białko komórkowe i białko środowiska, działanie ich jest w pierwszym rzędzie miejscowe, a towarzyszące mu częstokroć działanie ogólne jest tylko powikłaniem, a nie stanowi istoty leczenia. Najbardziej wrażliwe na promienie R. są komórki morfologicznie i funkcjonalnie mało zróżnicowane, o dużej zdolności rozrodczej i dające w swym następowym rozwoju karjokinetycznym wiele postaci pochodnych. Jest to prawo Bergonié i Tribondeau, dotyczy ono w pierwszym rzędzie białych i czerwonych ciałek krwi, komórek naskórka i elementów komórkowych nasiennych. Najmniej wrażliwa na działanie promieni R. jest tkanka nerwowa. Wpływ promieni Roentgena na tkanki chore zasadniczo nie różni się od takowego na tkanki zdrowe. Pr. R. są jadem fizykalnym i różnią się od leków farmakologicznych tem, że organizm przyjmuje je biernie i nie ma na nie żadnego wpływu wyrównawczego; rządzą tym jadem tylko fizykalne prawa absorbcji, jest to lek miejscowy i niespecyficzny o wybiórczem działaniu, co jest skutkiem różnicy wrażliwości poszczególnych tkanek i komórek, a nawet poszczególnych okresów życia komórek na wszelkie wpływy szkodliwe, między innemi na promienie Roentgena. Dobre wyniki względnie niepowodzenia leczenia promieniami R. zależą w pierwszym rzędzie od technicznych i biologicznych możliwości wykorzystania tej różnicy wrażliwości tkanek.

Niestety, guzy o wysokiej wrażliwości na promienie Roentgena, jak mięsaki okrągłokomórkowe i t. p. rzadko dają się wyleczyć, ponieważ łatwo dają bardzo liczne przerzuty. Guzy o średniej wrażliwości, jak raki skóry i błon śluzowych i guzy o małej wrażliwości, jak raki gruczołowe, wymagają dawki, stojącej na granicy tolerancji żywej tkanki.

Metoda jednoczasowego naświetlania („dawką rakową") utrzymała się tylko przy leczeniu niektórych raków skóry, poza tem została wyparta przez skuteczniejsze metody nasycania i metodą długich naświetlań Regaud-Coutard'a. Metoda nasycania polega na jednorazowem zastosowaniu dużej dawki, uzupełnianej po pewnym czasie kilku małemi dawkami. Metoda francuska polega na stosowaniu dużej ilości energji promienistej o małem natężeniu, rozłożonej na długi czas. Do leczenia promieniami Roentgena nadają się guzy nieoperacyjne. Aczkolwiek efekt działania ich jest w większości wypadków przemijający, tem niemniej jest bardzo cennym środkiem w niesieniu pomocy nieuleczalnym. Jedno z największych niedomagań rentgenoterapji jest brak oddziałów szpitalnych, nastawionych na leczenie energją promienistą. Leczenie to jest ściśle związane z licznemi zawikłanemi biologicznemi reakcjami, których poznanie i należyte praktyczne wykorzystanie jest nie do pomyślenia bez systematycznego i gruntownego stosowania nowoczesnych klinicznych metod badania. (Streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. Frenkiel zapytuje, czy naświetlanie tarczycy powoduje przeszkody w dalszem chirurgicznem leczeniu tego cierpienia i jakie jest działanie promieni Roentgena na nowotwory mózgu.

Kol. Helman zapytuje, czy po naświetlaniu guzów noso-gardzieli i krtani nie obserwował prelegent występowania obrzęku krtani. Wogóle uważa, że przy nowotworach górnych dróg oddechowych naświetlanie promieniami Roentgena daje dobre wyniki, za wyjątkiem nowotworów krtani.

Kol. Klozenberg zapytuje o działanie promieni Roentgena przy cierpieniach migdałków i parkinsonizmie.

Kol. Imich. Prof. Mayer z Wiednia w ostatniej swej pracy ostrzega przed naświetlaniem migdałków, wskutek niszczenia tkanki limfatycznej. Migdałki takie skłonniejsze się stają do zapaleń i ropni zamigdałkowych.

Kol. Garewicz. Czy i do jakiego stopnia leczenie nowotworów naświetlaniem daje lepsze wyniki od metod operacyjnych?

Kol. Barciński. W sprawie tarczycy Eiselsberg twierdził, że po naświetlaniu występują zrosty, utrudniające późniejszą operację. Obecnie przy ostrożnem dawkowaniu powikłań tych się nie spostrzega. Z nowotworów mózgowych najlepiej reagują na naświetlanie guzy przysadki, gliomaty prawie zupełnie nie reagują. Po naświetlaniu nowotworów krtani występują często obrzęki. Obecnie szkoła francuska podaje 50—60% wyleczenia nowotworów krtani przy stosowaniu nowej metody słabych dawek. Migdałki reagują naogół dobrze na naświetlanie, w piśmiennictwie podają przeważnie dobre wyniki jeżeli nie zmniejszania się samych migdałków, to zmniejszania się częstości angin. Prof. Meyer pierwszy występuje w tej sprawie opozycyjnie. Leczenie choroby Parkinsona zależnem jest również od umiejętnego dawkowania, działają dobrze drobne dawki. Granice operacyjności nowotworów złośliwych zmniejszyły się od czasu wprowadzenia terapji promiennej.

2. Kol. Wołkowyski pokazuje wykres tętna z tętnicy szprychowej i żyły szyjnej rzadkiego przypadku częstoskurczu komorowego, który wystąpił u chorego na zapalenie płuc. W piśmiennictwie podane są przypadki wystąpienia częstoskurczu komorowego po podawaniu chininy. Dalsze stosowanie jej jest wtedy przeciwwskazane. W demonstrowanym przypadku chory również otrzymywał chininę.

Kol. Dawidowicz pokazuje przypadek „*status viscerum inversus totalis*" z sercem po lewej stronie.

Protokół posiedzenia z dnia 20 maja 1931 r.

Pokazy chorych. 1. Kol. Uryson demonstruje przypadek uruchomienia ukrytej w organizmie infekcji przez zastosowany zastrzyk mleka. W poszukiwaniu źródła infekcji wyłuszczono migdałki, poczem ciepłota nie spadła. Po usunięciu 4-ch zepsutych zębów nastąpił spadek temperatury. Usunięto jeszcze 6 zębów poczem ciepłota spadła definitywnie. Na mocy powyższego ustalono rozpoznanie *sepsis oralis.*

Kol. Lajchter, który usuwał chore zęby, twierdzi, że były to zęby napozór zdrowe, miały jednak rozpadniętą miazgę.

2. Kol. Banasz przedstawia przypadek urazu stawu łokciowego u osobnika chorego na *syringomyelitis* ze zmianami patologicznemi w tymże stawie, bez zajęcia innych stawów.

3. Kol. Bender wygłosił odczyt. „O palpowaniu i ruchomości serca" (Prakt. lek. dod. do P. Gaz. Lek. Nr. 39, 1931).

4. Kol. Szyfman wygłosił odczyt p. t. „Przypadek cukrzycy typu nerkowego" (ukaże się w druku).

Dyskusja. Kol. Itelson obserwował 7 przypadków *diabetes renalis*, analizuje przypadek kol. Szyfmana. Nazwę *glykosurja renalis* uważa za niesłuszną, w nerkach nie stwierdza się bowiem zmian chorobowych. Przytacza obserwowane przez siebie przypadki.

Kol. Kocen dodaje, że w rodzinie chorego, opisanego przez kol. Szyfmana, nie było przypadków cukrzycy.

Kol. Szyfman za Noordenem skłonny jest uważać, że niema zasadniczej różnicy między przemijającym cukromoczem a cukrzycą, jest to tylko różny stopień rozwoju tego samego cierpienia.

5. Kol. Szyfman wygłosił odczyt pod tyt.: „*Przypadek choroby Weila*" (ukaże się w druku).

Kol. Załęski uzupełnia referat kol. Szyfmana zarysem bakterjologji i epidemjologji żółtaczki infekcyjnej, szczególniej zaś choroby Weila, wywołanej przez *spirocheta nodosa.* Zarazki przenoszą się przez szczury. Na zakończenie demonstruje preparaty mikroskopowe, barwione zapomocą srebrzenia.

Protokół posiedzenia z dnia 27 maja 1931 r.

1. Kol. Helman demonstruje chorą 47-letnią kobietę, u której przed tygodniem usunął *per vias naturales* — drogą bronchoskopijną — ciało obce — koronkę platynową, która przy manipulacjach dentysty w jamie ustnej, została przez pacjentkę aspirowaną i dostała się do dolnego odcinka dróg oddechowych. Objawy, przypadkowi temu towarzyszące były nieznaczne: chora prócz lekkiego bólu w klatce piersiowej żadnych innych dolegliwości nie odczuwała. Wobec nieznacznej duszności i stwierdzenia zmian opukowych i wysłuchowych w dolnem płacie lewego płuca, pacjentka została skierowaną do rentgenologa. Prześwietlenie wykazało obecność ciała obcego, uwięzgniętego w lewem oskrzelu II-go rzędu przy przejściu w oskrzele III-go rzędu, w przestrzeni odpowiadającej 6-emu międzyżebrzu.

W ułożeniu chorej nawznak z przegięciem głowy ku dołowi i w prawo, po znieczuleniu kokaino-adrenalinowem, udało się po wprowadzeniu rury bronchoskopijnej i dodatkowej wysuwalnej dostrzec na odległości 30—31 cm od zębów błyszczące brzegi koronki, która szczelnie przylegała do ścianek oskrzela. Po odchyleniu górnego brzegu koronki udało się ostremi szczypczykami ciało obce uchwycić i wydostać nazewnątrz. Zabieg, który wraz ze znieczuleniem trwał 1,5 godziny dokonany został przy czynnej współpracy kol. Weissbruma. Pacjentka zniosła zabieg dobrze. Nazajutrz wystąpiła chrypka wskutek obrzęku wejścia do krtani. Chrypka znikła po 2 dniach, ustępując miejsca lekkiemu nieżytowi oskrzeli. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze. Przypadek demonstrowany należy do niezwykłych i niecodziennych, tak ze względu na głębokie umiejscowienie ciała obcego w oskrzelu le-

wem, a więc węższem, jak i braku charakterystycznych objawów, zazwyczaj uwięźnięciu ciał obcych w tak głębokich odcinkach dróg oddechowych towarzyszących. Demonstracja rentgenogramów i ciała obcego.

2. Kol. Frenkiel przedstawia przypadek wspólny z kol. Denglem — nowotworu podoponowego na wysokości D IX pomyślnie operowanego w znieczuleniu miejscowem. Operacja nastąpiła w 4 miesiące od pierwszych bólowych objawów. Badanie drobnowidowe (kol. Ściesiński) wykazało neuromat. W 3 tygodnie po zabiegu rozpoczęła się postępująca wciąż poprawa ruchów kończyn dolnych. Obecnie badanie wykazuje hipalgezję w granicach poprzedniej analgezji oraz obecność spastycznych odruchów przy zachowaniu wzmożonego napięcia mięśni i ruchów we wszystkich odcinkach.

3. Kol. Nunberg wygłosił odczyt pod tyt.: „O ruchomości wyrostka robaczkowego". (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 3 czerwca 1931 r.

1. Kol. Falkowski wygłosił odczyt pod tytułem: *Nowe prądy we współczesnej psychjatrji.*

Zrozumienie nowoczesnej psychjatrji jest możliwe jedynie na tle rozwoju tego działu wiedzy. Zagadnienia, które nurtują obecnie, zajmowały umysły starożytnych greków. Wówczas doszukiwali się siedliska duszy, a zarazem umiejscawiali chorobę w głębi bliżej nieznanej tkanki ciała, poniżej diafragmy, Hippokrates uważał, że mózg jest narządem poznania i w nim lokalizują się choroby psychiczne. Czasy późniejsze przyniosły naukę o opętaniu, demoniźmie; psychicznie chory człowiek był nawiedzony chorobą przez złego ducha, stąd to przekonanie, iż karami oraz wyrzucaniem tego złego ducha osiągnie się wyzdrowienie chorego. Stąd kary, więzienia, kajdany dla chorych psychicznie. Wychodząc z panujących naiwnych założeń, psychjatrzy stosowali tortury i umartwienia, żeby w ten sposób uleczyć chorych (kaftany, krzesła, łóżka, przymusowe stanie, wirówka, polewanie wodą, wpadanie do wody, puszczanie krwi, pijawki).

Przewrotem w psychjatrji i nową erą był rok 1793, kiedy Pinel zdjął psychicznie chorym kajdany w szpitalu Bicetre w Paryżu; od Pinela rozpoczyna się psychjatrja kliniczna. Klasyfikacja Pinela była niezmiernie prosta, odróżnił: 1) manję, 2) manję bez urojeń, 3) melancholję, 4) otępienie, 5) idjotyzm. Ugruntował i postawił na trwałym gruncie tę naukę Esquirol. Podział jego: 1) lipemonja, 2) melancholja, 3) manja, 4) monomanja, 5) otępienie, 6) idjotyzm.

Klinikę chorób psychicznych oparł Esquirol na podstawach somatycznych i psychologicznych. Plejada uczni Esquirola, z pośród których wymienię Beyle'a, który opisał klasycznie porażenie postępujące i Folre, który uczył, iż należy badać i obserwować przebieg i rozwój choroby. Baiorger położył podwaliny w opisach psychozy manjakalno-depresyjnej.

W okresie rozwoju idealizmu metafizycznego Schellinga, filozofji naturalnej Okena i spekulacyjnej filozofji Wolfa, w epoce rozwoju romantyzmu i mistycyzmu wystąpiła na widownię szkoła psychologiczna, którą zwalczała później szkoła somatyków.

Heinroth patrzy na choroby psychiczne z punktu widzenia ówczesnej metafizyki. Podstawą jego zapatrywań jest kwestja swobody woli determinizmu. Grzech i wina wywołują chorobę.

Szkoła somatyków uważała, że choroby psychiczne mają podłoże materjalne.

a) Jedni z Nossem uważali choroby psychiczne jako samodzielne choroby ze stałemi obrazami klinicznemi.

b) Jakobi: niema samodzielnych chorób psychicznych, są to niestałe i zmienne objawy schorzeń somatycznych.

Umiejscowienie chorób psychicznych: mózg, rdzeń, układ współczulny, naczynia krwionośne, trzewia, kości, ścięgna.

Schorzenie każdego z narządów może skojarzyć się ze schorzeniem psychicznem.

Najbardziej konsekwentnie zasady somatycznej psychjatrji przeprowadził Fridreich.

Griesinger: podstawą każdej choroby psychicznej jest proces anatomo-patologiczny, umiejscowiony w mózgu. Czynność psychiczna oparta jest na odruchach. Stany psychologiczne nie są chorobami, lecz objawami chorobowego procesu mózgu. Griesinger znacznie przyczynił się do tego, że nastąpiło zlanie się psychjatrji i neurologji w jedną całość. W Anglji Gull, a przedewszystkiem Conolly udowodnili, iż środki krępujące chorych są zbędne, stwarzając w psychologji sposoby leczenia obowiązujące nas obecnie, a to system niekrępowania, w którym wpływ moralny i wychowawczy zastąpił środki przymusowe.

Morel opiera swe badania na zdobyczach antropologji i badaniu szeregu pokoleń. Wprowadza pojęcie typu degenerata, który w pierwszem pokoleniu, zdradza nerwowość, skłonność do przekrwienia mózgu, pobudliwość, nieopanowanie. II pokolenie: nasilenie wspomnianych objawów, wylewy krwi do mózgu, padaczkę, histerję, hipochondrję. III pokolenie choroby psychiczne niebezpieczne dla otoczenia. IV pokolenie najcięższe objawy choroby *dementia praecox*, głuchotę, bezpłodność, idjotyzm. Skutkiem chorób psychicznych jest pogorszenie rasy.

Manian rozwinął naukę Morela, Mejnert opracował komórki nerwowe. Psychjatrja stanie na trwałych podstawach jedynie wtedy, kiedy zostanie zbadany narząd, w którym koncentruje się życie psychiczne. Usiłował on poznać plan budowy mózgu, lecz nie udało mu się przetłumaczyć na język anatomo-patologiczny zjawisk psychologicznych i psychopatologicznych. Nauka jego pozostała spekulacją. Następcą jego był Wernicke, który z Mejnertem usiłuje umiejscowić proces chorobowy psychiczny w mózgu.

Zespół objawów — obraz kliniczny zależy od tego, który z anatomofizjologicznych układów uległ zaburzeniu. Choroby psychiczne są chorobami mózgu. Zadanie rewizji istniejących zapatrywań spadło na Gudolena. Doskonały znawca budowy mózgu, krytyczny obserwator, pogłębił naukę psychjatrji jako dyscypliny klinicznej.

Kolbaum i Hacker usiłowali stworzyć kliniczne jednostki chorobowe przez wyodrębnienie katatonji i hebefrenji.

Kraepelin w znakomity sposób rozbudował naukę psychjatrji klinicznej, stwarzając klasyfikację psychjatryczną panującą szeroko i obecnie w psychjatrji, tworząc szereg jednostek chorobowych, wzorując się na medycynie somatycznej.

Do jednej jednostki chorobowej należą te wypadki schorzenia psychicznego, które mają tę samą etjologję, to samo podłoże anatomiczne, ten sam przebieg i zejście.

Badania Nissla w pewnym stopniu umożliwiły pracę Kraepelinowi. Nissl wierzył, iż choroby psychiczne są chorobami mózgu. Lecz nikt krytyczniej od niego nie patrzył na sprawę i nikt ostrożniej od niego nie przystępował do przerzucenia pomostu pomiędzy budową mózgu i kliniką; takim pomostem mogła być jedynie zdaniem jego, znajomość czynności mózgu.

Roche w 1912 r. stwarza pojęcie jednostki drugiego rzędu, uważa on, iż zespoły objawów chorobowych są utajone w stanie zdrowia, choroba je wyzwala. Roche rozbił jednostkę nozologiczną na szereg zespołów zadając w ten sposób pierwszy cios jednolitej koncepcji Kraepelina.

Bonhoffer rozwinął naukę o psychozach reakcyjnych. Bleuler rozszerzył naukę Kraepelina i do objektywno klinicznej psychjatrji wprowadził na nowo psychologiczny sposób myślenia, opierając się na naukach Freuda. Janet, a po nim Freud rozwijali naukę o automatyźmie i przeżyciach życia nieświadomego i podświadomego.

Jaspers usiłował, stojąc na gruncie nauki Russerla zastosować fenomenologiczny sposób badania do psychjatrji, przez szczegółowe i drobiazgowe badania usiłował ustalić związki przyczynowe, wytłumaczalne w przebiegu życia psychicznego.

Kretschmer zwrócił uwagę na związek pomiędzy budową ciała i charakteru oraz schorzeniami psychicznemi.

W Polsce samodzielne stanowisko zajął Mazurkiewicz, który przeciwstawia system mnestyczno-kojarzeniowy automatycznemu składnikowi psychiki. Przeżycia uczuciowe usiłuje Mazurkiewicz umiejscowić u podstawy mózgu.

Pieńkowski opisał szczegółowo stan psychiczny chorych pośpiączkowych.

Jeżeli chodzi o zagadnienia, jakie stoją wobec nauki psychjatrji oraz sposoby w jaki mają być rozstrzygane, to można je sformułować w następujący sposób: Psychjatrja jest i musi pozostać dyscypliną kliniczną, brak jej podstaw psychologicznych, gdyż nauki psychologji ogólnej powszechnie uznanej jeszcze niema. Psychjatrja dążyć będzie do zbadania cech indywidualnych, konstytucji charakteru osobników i sposobów reagowania ich na bodźce fizjologiczne wewnętrzne i zewnętrzne.

W dyskusji zabierali głos: kol. Frenkiel i kol. Klozenberg.

Protokół posiedzenia z dnia 17 czerwca 1931 r.

1. Kol. Bibergal wygłosił referat p. t.: *„Zarys patogenezy i terapji kiły wczesnej"* (ukaże się w druku).

W dyskusji — kol. Sonnenberg: Ze spraw, poruszonych przez kol. Bibergala, zagadnienie odporności przy kile jest najbardziej interesujące, chociażby już dlatego, że dużo jest w tej dziedzinie rzeczy jeszcze niewyjaśnionych. Niezrozumiałe jest, naprzykład, dlaczego w kile trzeciorzędnej, kiedy alergja jest bardzo duża, odporność jest mała. Dlaczego u zwierząt doświadczalnych, zarażonych kiłą, odporność trwa jeszcze długo po wyleczeniu zwierząt?... i t. d. i t. d.

Mówiąc o przeistoczeniach, które przebyły związki arsenowe, zanim powstał tak bardzo skomplikowany, a doskonały związek, jak salwarsan, kol. B. wyraził przypuszczenie, że uda się prawdopodobnie skonstruować równie skomplikowany związek bizmutu i w ten sposób można będzie udoskonalić preparaty bizmutowe. Zdaniem kol. Sonnenberga nie należy z tej strony zbyt wiele oczekiwać, a to dlatego, że działanie preparatów bizmutowych, bez względu na ich budowę chemiczną, w ostatecznym rezultacie zawsze sprowadzać się będzie tylko do działania, powstających w organizmie związków proteinowych bizmutu, a efekt leczniczy pozostawać będzie w zależności od potencjału metalicznego bizmutu w tkankach i narządach. Jeżeli sole nierozpuszczalne bizmutu działają lepiej od rozpuszczalnych, to dlatego, że wskutek dłuższej resorbcji powstają lepsze warunki magazynowania metalu, co znów wpływa na wzmiankowane napięcie potencjalne. Że efekt leczniczy preparatów bizmutowych nie zależy od ich struktury chemicznej dowodzi już chociażby działanie *Magisterii bismuthi*, leku tak mało złożonego, a tak energicznie działającego. (Streszczenie własne).

Kol. Sterling. Jakie dowody daje Bloch, że idjosynkrazja jest wrodzoną alergją? Kwestja indywidualizacji w stosowaniu leczenia winna mieć dokładniejsze określenie.

Kol. Helman. Komplikacje błędnikowe we wczesnych okresach kiły zdarzają się często i są przedmiotem licznych dociekań zarówno otologów, jak i syfilidologów.

Kol. Kocen ma wątpliwości, czy we wczesnych obrazach kiły, ujemny wynik badania na krętki wydzieliny z owrzodzenia pierwotnego może wykluczyć obecność zakażenia kiłowego.

Kol. Gliksman podkreśla dobre wyniki leczenia bizmutem (klinika Fournier'a). Potwierdza, że należy stosować duże dawki salwarsanu, małe dawki mogą działać szkodliwie. Siarka sprzyja działaniu leków swoistych.

Kol. Frenkiel. Trudną sprwą do rozstrzygnięcia jest, kiedy należy uważać leczenie swoiste za ukończone.

Kol. Kryszek. Przy kile wczesnej i zaatakowaniu systemu naczyniowego duże dawki salwarsanu są przeciwwskazane.

Kol. Bibergal. Stosowane przy kile leki nie działają bezpośrednio na zarazki, lecz pobudzają tylko siły ochronne organizmu. Nieznalezienie krętków w owrzodzeniu przy Wassermannie dodatnim nie uważa jeszcze za pewne rozpoznanie kiły czynnej. Sprawa, kiedy ależy uważać leczenie swoiste za ukończone jest trudną do rozstrzygnięcia i obecnie jeszcze niejasną.

Protokół posiedzenia z dnia 24 czerwca 1931 r.

I. *Pokazy chorych*. Kol. Garliński przedstawia a) przypadek wrodzonej obustronnej *ophtalmoplegia*, ojciec ma to samo cierpienie. Porażone są pewne włókna mięśniowe. Dno oka prawidłowe. Wzrok dobry.

b) Przypadek owrzodzenia ospowego na rogówce, które spowodowało ślepotę. Zarazek przeniesiony z ranki szczepienia ochronnego.

Kol. Mogilnicki w związku z drugim pokazem przytacza przypadek zarażenia się dziecka od starszego brata, któremu zaszczepiono ospę ochronną, dziecko to zmarło na ospę.

II. Kol. H. Frenklowa i A. Margolisowa wygłosiły referat: *„Wysięki ropne opłucnej u dzieci. Pyopneumothorax i ropnie płuc u dzieci na podstawie materjału Szpitala Anny Marji z ostatnich 20 lat"* (ukazało się w Warsz. Czas. Lek. Nr. 33, 1931).

Dyskusja. Kol. Tenenbaum zapytuje, czy obserwowano ropnie opłucno-płucne. Uderza go ilość przypadków ropni opłucnej w roku 1930. U dorosłych przypadki te są znacznie rzadsze. Przetoka opłucno-płucna pogarsza rokowanie.

Kol. Kantor zapytuje, czy przy częstych nakłuciach nie obserwowano ropowicy ścianek klatki piersiowej.

Kol. Mogilnicki podkreśla dużą pracę prelegentek w zebraniu tak obfitego materjału. Statystyka przedwojenna różni się nieco od obecnej wskutek nie przyjmowania przed wojną oseskόw do szpitala. Najważniejszym wnioskiem jest stosowanie jak najdłużej, szczególniej w początkach, metody zachowawczej.

Kol. Knichowiecki. Do leczenia metodą zachowawczą należy mieć dużo cierpliwości. Nakłucia należy robić często, co kilka dni.

Kol. Kryszek zapytuje, czy prelegentki nie obserwowały przy długotrwałych ropniach komplikacyj w innych narządach. *Pneumothorax* daje wstrząsy ogólne.

Kol. Nunberg. Rodzaj zarazków ma mniejszy wpływ na przebieg choroby, niż inne czynniki. Zabiegu chirurgicznego nie należy stosować zbyt wcześnie.

Kol. Frenklowa. Ropni płucno-opłucny nie obserwowano. U dzieci specjalnie często występują ropniaki opłucnej. Wystąpienie jamy ropnej *(vomique)* daje dobre rokowanie. Nacieki klatki piersiowej po nakłuciach przyspieszają operację, czasami udaje się przeczekać i w dalszym ciągu stosować nakłucia.

Kol. Margolisowa. Zdania autorów są podzielone co do szkodliwości wprowadzenia powietrza do jamy opłucnej podczas nakłucia, przeważnie uważają to za szkodliwe.

III. Kol. Keilson — pokazuje zdjęcia rentgenowskie hepatolienografji według metody Ratta.

Sekretarz: *B. Czaplicki*.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dn. 21 stycznia 1931.

1) Kol. Suchodolski wspomina o wielkich zasługach dydaktycznych na polu chirurgicznem zmarłego w Warszawie ś. p. Dra Sawickiego, który w czasie okupacji rosyjskiej prowadził wzorowo szpital na wysokim poziomie, nie niżej od poziomu klinik Uniwersytetu Krakowskiego, pozostawiwszy po sobie uczni, obecnie profesorów Uniwersytetu w Warszawie.

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Trawiński: przedstawia a) chorego lat 66 po usunięciu operacyjnem przerosłego gruczołu krokowego. Chory przed operacją cierpiał na mocne utrudnienie w oddawaniu moczu. Operowany dwuczasowo, pozostawał na specjalnej diecie, zależnie od wyniku badania krwi na azot pozabiałkowy. Rana operacyjna wygoiła się dobrze, chory mocz oddaje normalnie.

b) Chłopca 10-letniego, u którego było złamanie kości ramieniowej nadkłykciowej ze znacznem przesunięciem odłamków. Leczono zachowawczo; unieruchomiono kończynę w ustawieniu maksymalnego zgięcia w stawie łokciowym, przez co odłamki, jak to potwierdził Roentgen, wróciły na miejsce. Zrost w prostej linji nastąpił, chłopak ręką rusza dobrze.

Przemijające porażenie nerwu łokciowego, leczone energicznie ustąpiło bez śladu.

c) Dziewczynkę, lat 12, z wyleczonem przez zastosowanie szwu kostnego złamaniem uda z dużem przemieszczeniem odłamków. Zrost nastąpił idealny (zdjęcie rentgenowskie), ruchy prawidłowe.

d) 2 preparaty olbrzymich wyrostków robaczkowych, w stanie ostrego zapalenia, ze zgorzelą śluzówki i warstw głębszych, każdy usunięty w końcu I-szej doby od początku choroby. Objawy anatomopatologiczne wyprzedziły objawy kliniczne.

e) Preparat olbrzymiej torbieli jajnika wagi 10 kg.

Kol. Puterman w *dyskusji* nad przerosłym gruczołem krokowym podnosi brak azotemji wobec długotrwałej ischurji.

3) Kol. Poznański: demonstruje a) pacjenta lat 26 z bólem gardła i utrzymującą się chrypką — rozpoznanie *perichondritis luetica*. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dodatnie, polepszenie znaczne po kuracji swoistej.

b) Pacjentkę lat 85, z guzem znacznych rozmiarów prawej gardzieli, w wycinku próbnym stwierdzono *sarcoma alveolare*.

c) 2 przypadki ze zmianami gruźliczemi krtani z towarzyszącą gruźlicą, ze zmianami małemi i daleko posuniętemi.

d) Referuje krótko bez pokazu o pacjentce z *lues cerebri*. W krótkiej *dyskusji* zabierają głos Kol. Kol. Lipski i Jurow.

4) Kol. Suchodolski: demonstruje pacjentkę, u której przed paru miesiącami usunął guz, umiejscowiony na prawym talerzu biodrowym śródotrzewnowo, nie będący w związku z przydatkami i narządami jamy brzusznej.

5) Kol. Sztuka: demonstruje ten guz makroskopowo. Guz ten wielkości dwu pięści, owalny, o wejrzeniu galaretowatem, w przekroju o utkaniu zrazikowem, oraz preparat mikroskopowy, którego budowa wskazuje na zarodkowe pochodzenie guza z t. zw. *„horistia"* ognisk zarodkowych zabłąkanych, na co wskazuje gruczołowe jego utkanie.

W krótkiej *dyskusji* zabierali głos Kol. Kol.: Kotarski, Trawiński, Wołkowicz.

6) Kol. Ficenes demonstruje a) preparat anatomiczny macicy, usuniętej z przydatkami i wyrostkiem robaczkowym.

oraz b) pacjentkę z obrazem ciężkiej anemji wtórnej w przebiegu ciąży.

Kol. Puterman w *dyskusji* nad drugim przypadkiem radzi przystąpić do przerwania ciąży — w razie stwierdzenia objawów złośliwej niedokrwistości.

7) Kol. Zahorski: demonstruje 2 pacjentów z przymiotem:
a) jednego z objawami żołądkowo-jelitowemi,
b) drugiego z objawami artretycznemi,
c) 2 przypadki zakończone nieoczekiwanem zejściem, zbadane sekcyjnie.

W dyskusji nad drugim przypadkiem Kol. Puterman podaje dokładne szczegóły poprzedzające zejście śmiertelne 20-letniej pacjentki.

8) Kol. Lipski: demonstruje przypadek sympatektomji z bardzo dobrym wynikiem, dokonanej wskutek nie dających się wyleczyć owrzodzeń podudzia.

Kol. Trawiński wspomina o analogicznym przypadku.

Protokół zebrania naukowego z dn. 18 marca 1931 r.

Kol. Nasiłowski: 1) Przedstawia dziecko 3-miesięczne z objawami oponowemi utrzymującemi się od 2-go dnia życia, jako wyraz wynaczyniania mózgowego w czasie porodu. Odczyn Wassermanna u dziecka ujemny.

2) Chłopczyka 4-letniego z porażeniem spastycznem kończyn dolnych. *(diplegia spastica).*

3) Kol. Bieńkowski: demonstruje chorego lat 66 po operacji uwięzgniętej przepukliny wewnętrznej, a mianowicie pętli jelita cienkiego w otworze, prowadzącym do głębokiego kanału nieusuniętego worka przepuklinowego.

4) Kol. Lipnicki: przedstawia dwu chorych operowanych z powodu pęknięcia pętli jelita cienkiego, wskutek urazu w kopalni.

5) Kol. Trawiński: pokazuje chorego, u którego przed miesiącem usunięto kamień z nerki, przyczem omawia wskazania do operacji i rodzaj operacji. Kamień został usunięty po nacięciu miedniczki nerkowej, w której tkwił trzema odnogami.

6) Dalej omawia 2 przypadki rzadkiego współistnienia gruźlicy i raka sutka oraz raka żołądka i olbrzymich mięsaków obu jajników.

7) W zastępstwie Kol. Sztuki pokazuje Kol. Trawiński 2 kamienie żółciowe, będące dokładnemi odlewami woreczka żółciowego. Jeden z tych kamieni odszedł z kałem, drugi usunięty operacyjnie.

8) Kol. Poznański: przedstawił chorego z gruźlicą strun głosowych, u którego głos znacznie się poprawił po leczeniu.

9) Kol. Ryder wygłasza referat: Moje wrażenia z Wystawy Higjenicznej w Dreźnie.

Na tem posiedzenie zamknięto, odkładając dalszy ciąg referatów i dyskusji do następnego posiedzenia.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 22 kwietnia 1931.

1) Odczytanie protokółów z dwu ostatnich posiedzeń.

2) Kol. Osiński demonstruje pacjenta z bardzo *rozległą grzybicą (favus) na głowie*, z głęboko sięgającą martwicą skóry miejscami drążącą do kości.

W dyskusji co do terapji Kol. Kotarski radzi zastosować epilację i jodynę, a nie stosować naświetlań rentgenologicznych, za czem również przemawia Kol. Welfe i Osiński.

3) Kol. Trawiński wygłasza odczyt o *tężyczce*, ilustrowany pokazem 2-ch przypadków *tężyczki u dorosłych po operacji wola.* W obu przypadkach były duże płaty wola pozamostkowe. Usunięto je i poza tem dokonano dwustronnej resekcji klinowej sposobem Mikulicza. W obu też przypadkach tężyczka wystąpiła po tygodniu, napady typowe powtórzyły się 6 i 3 razy. Ustawały natychmiast po wstrzyknięciu dożylnem chlorku wapnia i wreszcie ustąpiły zupełnie. Prawdopodobnie tężyczka była tu wyrazem przejściowej niedomogi gruczołów przytarczycznych. Można przypuszczać, że część ich została wycięta wraz z płatami pozamostkowemi, a to przez to, że obniżyły się one za rozrastającym się ku dołowi płatem, jako przymocowane do ich tylnej powierzchni.

W każdym razie, jeżeli tak się zdarzyło, to zabrakło parę gruczołów przytarczycznych, a reszta po krótkim czasie dała sobie radę i wyrównanie czynnościowe wkrótce nastąpiło.

4) Kol. Trawiński pokazuje ozdrowieńca, który przeszedł *ciężkie powikłania w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.* Mężczyzna 20-letni, przybył na oddział w 10 dniu choroby, z rozległym naciekiem przywyrostkowym. W dalszym przebiegu naciek ten zropiał, ropień otwarto — znaleziono olbrzymią jamę, sięgającą bardzo wysoko. Nastąpił okres powolnego gojenia się. Nagle w drugim tygodniu z głębi rany wystąpiło obfite krwawienie, początkowo niespostrzeżone przez nikogo. Zatrzymano je przez mocne wytamponowanie jamy ropnia. W dalszym tygodniu jedno po drugiem dwa bardzo poważne krwawienia, które stan chorego zrobiły groźnym. Widoczne było, że jeszcze jedna najmniejsza utrata krwi, spowoduje napewno zgon. Wobec tego, że 2. i 3. krwawienia wystąpiły tuż po sobie — nie zdecydowano się operować na tak wykrwionym chorym. Natychmiast zastosowano przetoczenie krwi. Krew wzięto od ojca w ilości 250 cm^3, bez wszelkich uprzednich badań. Nastąpiła wyraźna poprawa, już poczynając od dnia następnego i ostateczne wyzdrowienie chorego.

5) Kol. Nasiłowski omawia przypadek *złośliwego obrzęku wątroby* u 46-letniego robotnika kopalni węgla. Autopsja jamy brzusznej wykazała dwukrotne powiększenie wątroby z ogniskami martwiczemi.

6) Kol. Ficenes odczytuje sprawozdanie za rok 1930 z oddziału ginekologicznego szpitala Kasy Chorych w Sosnowcu. Chorych było w ciągu roku ogółem 719, w tej liczbie: z nowotworami dobrotliwemi — 42 chore, ze złośliwemi — 22, z ciążą zewnątrzmaciczną — 23. Zabiegów połączonych z otwarciem jamy brzusznej wykonano 140, z czego: cięć cesarskich 8, operacyj wycięcia macicy nadpochwow. — 15, całkowitego — 1, przez pochwę 9, sposobem Wertheima 9.

Śmiertelność śród operowanych wyniosła 10 (2,43%), nadmienić jednak należy, iż w wielu razach operowano przypadki niemal beznadziejne (rozlane, ropne zapalenie otrzewnej, daleko posunięte przypadki raka szyjki macicznej i t. p.).

W krótkiej *dyskusji* zabierali głos Kol. Kotarski, Wolkowicz, Trawiński i Nasiłowski.

7) Kol. Nasiłowski omawia przypadek *ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych na tle kiły u niemowlęcia 7-miesięcznego.* Mimo ciężkiego stanu dziecko pod wpływem swoistego leczenia wyzdrowiało.

W dyskusji zabierali głos Kol. Gruszkiewicz, Trawiński, Ingster.

8) Kol. Suchodolski przedstawia *3 preparaty anatomiczne ciąży zewnątrzmacicznej.*

9) Kol. Welfe przedstawia *kilkanaście klisz rentgenologicznych* z pracowni rentgenologicznej Powiatowej Kasy Chorych w Sosnowcu.

Sekretarz.: *Dr. F. Sztuka.* Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*

Do Redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej".

Szanowny Kolego!

Objąwszy dział referatów w dwutygodniku tutejszym „Fortschritte der Medizin", uważam sobie za obowiązek zapoznać czytelników tego pisma z naszemi pracami z dziedziny medycyny, o których pisma tutejsze bardzo mało niestety podają sprawozdań. W celu urzeczywistnienia zamiaru mojego zmuszony jestem, otrzymując mało tylko wydawnictw polskich, za Waszem łaskawem pośrednictwem zwrócić się do kolegów w kraju z uprzejmą prośbą o przysyłanie mi swych prac wprost pod moim adresem albo do redakcji (Berlin W. 15 Pariser Strasse Nr. 1). Wobec wielkiego nawału artykułów w innych językach, autorzy, życzący sobie żeby prace ich w krótkim czasie zostały referowane, zechcą w celu przyśpieszenia dołączyć krótkie autoreferaty w języku polskim.

Redakcje innych pism lekarskich w kraju upraszam o łaskawe przedrukowanie notatki niniejszej.

Łącząc zapewnienie poważania, pozostaję z pozdrowieniem koleżeńskiem

Dr. M. Wolfheim.

Polak, od szeregu lat zamieszkały i praktykujący w Berlinie. (Przyp. Red.).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polski Kongres Przeciwalkoholowy. Komitet Organizacyjny Kongresów Przeciwalkoholowych w Polsce pod przewodnictwem red. Jana Szymańskiego w Warszawie postanowił, że X Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Krakowie, w dniach 11, 12 i 13 października 1931 r. Organizację na miejscu Komitet powierzył prezesowi krakowskiego Okręgu Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość", p. Kazimierzowi Kalinowskiemu, który z pośród miejscowych działaczy abstynenckich powołał do życia ścisły Komitet Wykonawczy. Prezydjum Komitetu ścisłego, przystąpiwszy do prac przygotowawczych, zaprasza do licznego udziału w Kongresie zarówno lekarzy, pedagogów, socjologów, kryminologów i ekonomistów ze świata naukowego, jakoteż publicystów i działaczy społecznych, praktykujących na wszelkich niwach pracy publicznej, jakie tylko mogą być zainteresowane walką z alkoholizmem, lub bezpośrednio dotknięte jego klęską. Przewidziane są sekcje: duszpasterska, pedagogiczna, kobieca, lekarska, kryminologiczna, wojskowa i ogólna. Uczestnicy Kongresu korzystać będą ze zniżek kolejowych, oraz ułatwień co do noclegów i przy zwiedzaniu zabytków Krakowa, referenci nadto z zasiłków na koszta podróży.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dnia 29 września 1931 roku. Na porządku dziennym: 1. A. Fidler: Przypadek bąblowca wątroby. 2. J. Roguski: Przypadek całkowitej utraty uwłosienia po ostrej chorobie zakaźnej. 3. J. W. Grott i M. Petrynowski: Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym. 4. T. Bartoszek: Leczenie zimnicy.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. Kurs dla kierowników i lekarzy Ośrodków Zdrowia rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny (Warszawa, Chocimska 24), dnia 1-go października r. b. i będzie trwał 3 tygodnie. Kurs jest bezpłatny. Wpisowe 10 zł.

W Państwowej Szkole Higjeny wydany został plakat z zakresu higjeny dziecka, zakwalifikowany dla szkół przez Komisję Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. i dla instytucji sanitarnych leczniczych, społecznych i kulturalno-oświatowych przez Dep. Służby Zdrowia Min. Spraw Wewn.

Z Banku Lekarzy. Wzrost wkładów. Od ostatniego sprawozdania Banku, podającego stan jego interesów na 1 sierpnia (vide Nowiny Sp.-Lek. Nr. 15—16), udziały wzrosły z 39 tys. 200 zł do 41 tys. 500 zł, zaś wkłady z 25.541 zł do 36.100 zł, co łącznie z 2.500 zł kapitału zasobowego (wpisowe) podnosi obecne kapitały Banku Lekarzy do kwoty 80.000 złotych. Jako fakt pocieszający podnieść należy, że z początkiem okresu powakacyjnego wśród wkładów drobnych można zanotować i dwa wkłady większe, mianowicie: Obwód Częstochowski Związku wpłacił 5.000 zł i kol. dr. K. wpłacił 2.000 zł. Tak tedy nasza lekarska instytucja samopomocy z nikłych początków powoli, lecz stale, dźwiga się ku swym doniosłym celom za sprawą coraz lepszego i powszechniejszego zrozumienia jej zadań.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego składa serdeczne podziękowanie p. drowi Ludwikowi Wilczyńskiemu za komplet czasopism, ofiarowanych Bibljotece.

Zakończenie Zjazdu internistów polskich w Krakowie. W 4-tym dniu zjazdu Internistów polskich odbyły się następujące odczyty: prof. Koskowskiego (Lwów), dra Węgierki (Warszawa), dra Grotta (Warszawa), dra Markerta (Warszawa), dra Szczeklika (Kraków), dra Rosenbuscha (Lwów), dra Szyfmana (Łódź). Po wyczerpaniu programu naukowego uchwalił zjazd następujące rezolucje: „Z uwagi, że w obrodach zjazdu nad gośćcem podkreślano w szczególności szkodliwe działanie wilgoci, która wpływa na jego powstanie, wyraża zjazd pogląd, że przy budowie nowych domów, w szczególności dla robotników i pracowników umysłowych należy przedsięwziąć wszelkie środki zabezpieczające mieszkania przed wilgocią". Następnie zjazd wyraził życzenie, że należy się starać, aby streszczenia prac już z tego zjazdu zostały ogłoszone w języku francuskim, celem zapoznania prasy zagranicznej o ruchu naukowym w Polsce. IX zjazd Internistów zamknął imieniem prezydjum prof. dr. Latkowski, dyrektor kliniki lekarskiej U. J. w Krakowie, dziękując w serdecznych słowach prezydjum zjazdu, gościom przybyłym do Krakowa ze wszystkich stron Polski, a w szczególności wszystkim prelegentom, dzięki którym zjazd ten stał na wysokim poziomie. W przemówieniu swojem podniósł zasługi około organizacji zjazdu p. dra St. Karasińskiego jako też wszystkich współpracowników klinicznych.

Z kraju.

Zakończenie zjazdu przeciwgruźliczego w Zakopanem. W trzecim dniu ogólno-polskiego zjazdu przeciwgruźliczego poruszono tematy ogólne, a to o Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej. Referat na ten temat wygłosił dr. J. Żychoń z Zakopanego, a referat p. t.: „Ubezpieczenie społeczne, a gruźlica" dr. Czesław Wroczyński z Warszawy, a korreferat dr. H. Wilczyński. Przedstawiciel francuskiego min. zdrowia dr. Boyx wygłosił referat o stosunkach ubezpieczeniowo-społecznych we Francji. Po referatach wywiązała się dyskusja, po której uchwalono rezolucje, idące w kierunku zwalczania gruźlicy. Na tem obrady zostały zamknięte, a zjazd zakończony. Popołudniu odbyła się podniosła uroczystość odsłonięcia w sanatorjum wojskowem im. Marsz. Piłsudskiego w Kościeliskach, popiersia śp. dr. Kazimierza Dłuskiego, założyciela tego pierwszego i najwspanialszego sanatorjum przeciwgruźliczego w Polsce. Po odegraniu przez orkiestrę 20 p. p. preludjum Szopena, nastąpiło odsłonięcie popiersia tego pioniera walki z gruźlicą we wnętrzu klatki schodowej w sanatorjum. Pierwszy zabrał głos dr. Sterling, przedstawiając niestrudzony żywot i zasługi śp. Dłuskiego który przed 3 laty pełnił godność przewodniczącego ogólnopolskiego zjazdu przeciwgruźliczego. W imieniu Towarzystwa lekarskiego w Zakopanem przemówił dr. Czaplicki, płk. dr. Rudzki w zastępstwie szefa departamentu zdrowia przejął popiersie dr. Dłuskiego, który ściśle był związany z ideą niepodległości oraz był wiernym towarzyszem Marsz. Piłsudskiego. Ostatni przemówił komendant szpitala ppłk. dr. Czarny, przyjmując pieczę wojskową nad popiersiem, poczem nastąpiło zwiedzanie sanatorjum.

Sanatorjum wojskowe w Rajczy. Z dniem 1 listopada zostanie otworzone Sanatorjum wojskowe dla chorych na gruźlicę oficerów i podoficerów zawodowych, oraz dla ich rodzin. Sanatorjum będzie mogło pomieścić 100 chorych. Sanatorjum Wojskowe im. Marszałka Piłsudskiego w Zakopanem będzie nadal czynne dla chorych płucnych, zostanie jedynie zwinięty oddział wojskowy w sanatorjum D-ra Łotockiego. W najbliższym czasie projektowane jest otwarcie sanatorjum nizinnego dla chorych na gruźlicę w Otwocku.

Likwidacja Bataljonów Sanitarnych. Z dniem 1 października zostaną zlikwidowane dotychczasowe Bataljony Sanitarne, a w miejsce ich zostanie zorganizowana w każdym korpusie kadra mobilizacyjna, podporządkowana szpitalowi okręgowemu. Kadry mob. będą spełniały wszystkie zadania baonów sanitarnych, szkolenie szeregowych służby zdrowia i t. d.

Związek Lekarzy Zdrojowych w Szczawnicy na Walnem Zebraniu wybrał Zarząd na rok 1931 i 1932 w następującym składzie: Prezes Dr. Rudolf Kochlöffel, wiceprezes Dr. Wilhelm Kropaczek, sekretarz Dr. Roman Hammerschlag, skarbnik Dr. Bronisław Mohr, członek Wydziału Dr. Tadeusz Włyński. Związek Lekarzy na posiedzeniu w dniach 26-go i 31-go sierpnia br. przystąpił do propagandy sezonu zimowego leczniczo-turystycznego w Szczawnicy, mającego trwać od 15 grudnia do 1 marca i odpowiednio umotywowane postulaty skierował do Komisji Zdrojowej w Szczawnicy.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 23 od 31/V do 6/VI 1931		Tydzień 24 od 7-13/VI 1931 r.		Tydzień 25 od 14-20/VI 1931 r.		Tydzień 26 od 21-27/VI 1931 r.	
	zach.	zgon.	zach	zgon.	zach.	zgon.	zach.	zgon.
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	1	—	1	—	—	—	1	1
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	123	3	163	8	154	14	228	13
Paradury	—	—	—	—	—	—	1	—
Dur plamisty	40	3	48	2	33	1	16	1
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	6	—	19	2	18	—	20	1
Płonica	252	16	307	10	310	24	303	11
Błonica	176	6	169	9	184	8	206	12
Zap. op. mózg. (nagminne)	14	7	8	2	18	4	19	4
Odra	292	2	421	2	383	1	249	1
Róża	63	1	75	1	56	1	60	1
Krztusiec	104	7	103	6	238	4	98	—
Zimnica	—	—	5	—	11	—	5	—
Gorączka połogowa	17	4	19	6	25	6	35	7
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	547	—	768	—	572	—	667	—
Wąglik	1	—	4	2	6	2	3	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	6	—	22	—	—	—	—	—
Wścieklizna	—	1	—	1	—	—	—	1
Zatrucie mięsne	—	—	—	—	5	—	—	—
Choroba Heine Medina	—	—	—	—	—	—	—	—
Twardziel	1	—	2	—	1	—	2	—
Inne choroby zakaźne	80	2	87	4	79	1	68	3

Cukier jako poważny środek leczniczy. Cukier stanowi nietylko niezbędny dla organizmu środek odżywczy, posiada on też bardzo poważne walory jako środek leczniczy w chorobach serca. Już w 1903 r. Müller na szeregu pracach doświadczalnych wykazał dodatni wpływ cukru w przebiegu niedomogi sercowej. Mięsień sercowy zużywa tem więcej cukru im bardziej jest czynny i dlatego wszelkie przyśpieszenie akcji serca, spotykane przy niektórych postaciach wady sercowej często ustępują po zużyciu pewnej ilości cukru. Ostatnio Kisthinios i Gowier jeszcze raz sprawdzili powyższe twierdzenie. W tym celu wybrali oni takich sercowo chorych, którzy na żadne inne leczenie, dotychczas u nich stosowane, nie reagowali. Chorzy tacy otrzymywali przez 8—10 dni po 80 gr cukru w nasyconym roztworze, a po 20 minutach wstrzykuje się im małe ilości insuliny. W szeregu

przypadkach poprawa zjawiała się, czasami już po dwóch dniach. Znowu Loeper, Lemaire i Degas w swoich pracach klinicznych nad chorymi sercowymi (ogłoszenie w Presse Medic. Nr. 81 z roku 1930) podawali tym chorym po 150 g syropu cukrowego i stwierdzili wzmocnienie siły skurczu serca, większą jego miarowość, zwolnienie akcji serca, ustępowanie zaburzeń czynnościowych i spadek ciśnienia. Według doświadczeń tych autorów cukier wzmacnia działanie środków nasercowych, które, dzięki temu, można stosować w mniejszych dawkach. Zdaniem powyższych badaczy, zapasy cukru u sercowo chorych są zmniejszone, wobec tego leczenie ich ma polegać przedewszystkiem na podniesieniu zapasu cukru w mięśniu sercowym przez obfite podawanie cukru w roztworze.

Fundacja Smogulecka im. Bogdana Hutten-Czapskiego. W Nr. 208 Monitora Polskiego (z dn. 10 września 1931) został ogłoszony statut tej fundacji, zatwierdzony przez p. ministra wyznań religijnych i oświecenia publicznego. Fundacja ma na celu dostarczanie Uniwersytetowi Warszawskiemu i Politechnice Warszawskiej środków na popieranie nauki polskiej, a mianowicie na nagrody dla obywateli polskich i zapomogi na prace naukowe, wynalazki oraz odkrycia, przez nich dokonane, jak również na wydawnictwa w języku polskim.

Ze świata.

Zasłużony, wypróbowany przyjaciel Polski, jeden z najbardziej sławnych higienistów szkolnych dr. L. Dufestel z Paryża, redaktor miesięcznika „La Medecine Scolaire“, został odznaczony Krzyżem Komandorskim „Polonia Restituta“. Dr. Dufestel na zaproszenie Rządu Polskiego bawił w Polsce w r. 1929 przez 2 tygodnie, zwiedził Wystawę Poznańską, organizację higjeniczno-szkolną w kilku miastach w Polsce, napisał w prasie francuskiej szereg artykułów, wygłosił w różnych stowarzyszeniach w Paryżu wiele odczytów o treści niezwykle dla nas pochlebnej. Jeszcze przed wojną, bo w r. 1910, na kongresie międzynarodowym higjeny szkolnej w Paryżu, dr. Dufestel przyczynił się do utworzenia sekcji polskiej lekarzy szkolnych ze wszystkich trzech dzielnic, pomimo sprzeciwu przedstawicieli państw zaborczych i zawsze podnosił usiłowania nasze na polu higjeny szkolnej.

W Nr. 75. „La Presse médicale“, z 19. IX. b. r. Rémy Collin, sekretarz generalny l'Association des Anatomistes, zdaje sprawozdanie z warszawskiego zjazdu Anatomów w słowach największego uznania i przesyła Kolegom polskim serdeczne podziękowanie za wspaniałe przyjęcie gości zagranicznych.

Międzynarodowy Kongres Lekarek. W dniu wczorajszym rozpoczął się w Wiedniu międzynarodowy kongres lekarek, otwarty przemówieniem laureata Nobla, prof. Wagnera-Jauregga. Jednym z tematów jest kwestja roli lekarki w krajach egzotycznych, gdzie zwłaszcza chodzi o zwalczanie różnych barbarzyńskich zabiegów.

Uczczenie zasług naukowych Curie-Skłodowskiej. Przy otwarciu III międzynarodowego kongresu radjologów w Paryżu uczeni całego świata oddali zasłużony hołd p. Curie-Skłodowskiej. W Sorbonie, gdzie odbywało się wstępne zebranie kongresu, defilowało 1.300 uczonych, uczestników kongresu, przed słynną naszą rodaczką. Prócz tego pani Curie-Skłodowska otrzymała najwyższe odznaczenie Ameryki w dziedzinie radu, została bowiem udekorowana wielkim złotym medalem amerykańskiego kollegjum radiologów. Jest to najwyższe odznaczenie, jakie Ameryka może nadać w tej dziedzinie. Wręczenie odznaki odbyło się niezwykle uroczyście w lokalu klubu międzyaljanckiego w Paryżu.

Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy. Doroczne zebranie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, którego przewodniczącym jest obecnie prof. Frölich (Norwegia), odbyło się w Paryżu 9 lipca przy współudziale przedstawicieli 17 państw. Posiedzenie administracyjne rozpoczęło się o 10-ej godzinie. Data następnego Kongresu, który ma się odbyć w Hadze, została ustanowiona na dzień 6—9 września 1932 r. Jako tematy obrad, zgłoszone przez szereg państw, członków Związku, zostały wybrane: 1) Temat biologiczny — stosunek pomiędzy allergją a odpornością — referent zostanie podany później, 2) Temat kliniczny — Chryzoterapja (leczenie złotem), referent prof. Saye (Barcelona), 3) Temat społeczny — Opieka posanatoryjna, referent — Dr. B. H. Vos (Hellendoorn). Zgodnie z zasadą, przyjętą w Oslo, zostanie wybranych dla każdego tematu obok referenta jeszcze 10 współreferentów z różnych krajów. Posiedzenie naukowe odbyło się w nowym gmachu laboratorjum dla badań nad gruźlicą w instytucie Pasteur'a, który członkowie Zarządu zwiedzali pod kierownictwem prof. Calmette'a. Tematem posiedzenia był referat Dr. Sopera (Stany Zjednoczone) p. t. „Plan-standard walki przeciwgruźliczej“. Referat ten wobec nieprzybycia Dr. Sopera został wygłoszony przez prof. Opie (Stany Zjednoczone). Następnie prof. Valtis (Grecja) przedstawił etapy rozwoju walki z gruźlicą w swej ojczyźnie. Po obydwóch referatach odbyła się dyskusja, w której przyjmowali udział Prof. Leon Bernard, sekretarz generalny Związku, Prof. Kund Faber (Danja), Pułkownik Rudzki (Polska) i inni.

Naukowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Davos. Związek lekarzy w Davos urządza w dniach od 5-go do 10-go października b. r. Zjazd Przeciwgruźliczy. Uczeni i lekarze różnych krajów przyrzekli współudział, oraz wygłoszenie referatów o aktualnych problemach schorzenia i leczenia gruźlicy. Mamy nadzieje, że wielka ilość zainteresowanych lekarzy stawi się w Davos, znanym już od dawna centrum leczenia gruźlicy, celem wymiany zdań. Główne referaty: 1. Rozwój i przebieg gruźlicy płuc. 2. Gruźlica pozapłucna. 3. Leczenie uciskowe (odma i z. p.). Programy i bliższe wiadomości w Związku lekarzy w Davos.

Opieka higjeniczno-lekarska w szkołach polskich na Kongresie Paryskim. Jednym z trzech głównych tematów na Kongresie pedagogów szkół średnich w Paryżu (od 16—24 lipca r. b.) była „Rola lekarza szkolnego w szkole średniej“. Dyskusja poprzedzona była ankietą, na którą kilkanaście państw nadesłało odpowiedzi. W kilkunastu punktach ankiety żądano sprawozdań z tego, co na tem polu poszczególne państwa zrobiły, jaką rolę należy przyznać lekarzowi szkolnemu w dynamice szkolnictwa średniego, na czem ma polegać istota jego czynności, jego stosunek do młodzieży, w jaki sposób dokonywać wyboru lekarzy szkolnych, jak ich dokształcać i t. p. Referentem tej sprawy był p. José Juljo de B. Rodrigués, profesor nauk biologicznych, portugalczyk. Otóż na podstawie licznych odpowiedzi na ankietę, które zostały wydrukowane w kilku numerach kwartalnika „Bulletin international des fédérations nationales du personel de l'enseignement secondaire public“, (z Polski odpowiedź wydrukowaną w numerze 32 z czerwca stron. 77—84 nadesłał naczelny wizytator higjeny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego), referent na jednem z plenarnych posiedzeń, poświęconych tej sprawie, publicznie oświadczył, że zdaniem jego organizacja pracy lekarza szkolnego w szkole, jego współpraca z ciałem nauczycielskiem, ze wszystkich krajów nietylko Europy, ale i innych części świata, najlepiej jest postawiona w Polsce. Wśród polskiej delegacji, złożonej z 17 uczestników, oświadczenie to, rzecz prosta, wywołało żywe zadowolenie.

W styczniu r. b. rozpisał Instytut Pasteura w poradniach higjeny społecznej oraz wśród lekarzy i akuszerek 42 departamentów ankietę co do wyników szczepienia BCG za lata 1925—1930. 114 poradni szczepiło w tym czasie 8.075 dzieci, zaś 388 lekarzy i akuszerek szczepiło i skontrolowało 22.746 dzieci, w tem 4.978 w rodzinach gruźliczych, a 17.768 w rodzinach pozornie zdrowych. Śmiertelność ogólna (z jakichkolwiek przyczyn), która we Francji wynosi 7.8% ogółu dzieci, mających mniej niż 1 rok, wyniosła tylko 2.5% wśród dzieci szczepionych BCG. Godne uwagi jest, że wśród 579 dzieci z rodzin gruźliczych, szczepionych już przeszło 4 lata temu, śmiertelność równa się zeru. Jak widać z tego, wyniki przeszły najśmielsze oczekiwania, co winnoby zachęcić do szerokiego stosowania tej metody. W dniu 1 lipca 1931 r. sama Francja liczyła 354.000 dzieci, szczepionych metodą Calmette-Guérin.

Redakcja otrzymała.

Grafowa Kornelja „Iridektomie und Linsenverletzung“. Odb. z Zeitschrift f. Augenheilkunde. Bd. 74.

Wydawnictwa Bibljoteki Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie:

1) Tom XXVIII — *Stefan Wilczyński:* Ogródki działkowe jako zagadnienie społeczne.

2) Ze serji „Lekarz-Praktyk“. Serja IV. a) Zeszyt 17. *H. Kluszyński:* Reumatyzm (gościec) w świetle najnowszych badań. Szkic dla lekarzy-praktyków: b) zeszyt 18. Praca zbiorowa. Zagadnienie zwalczania gruźlicy; c) zeszyt 19. Praca zbiorowa. Podstawy opieki nad matką i dzieckiem, a Kasy chorych.

Karaffa-Korbutt W. „Chemja farmaceutyczna“. Wyd. Państw. wydawnictwa książek szkolnych w Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego.

Bühn Stanisław, „Teorja i praktyka stosowania insuliny poza cukrzycą“. Odb. z Wiadomości lekarskich nr. 7. z r. 1931.